

# *Ageing in Place:* Estratégias para Envelhecer no Domicílio

**Rita Alexandra Duarte Marques**

Orientadora: Professora Doutora Maria João Bernardo Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre  
em Gerontologia Social

Lisboa  
2018

[WWW.ISCSP.ULISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.ULISBOA.PT)

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria João Bárrios, pela sua orientação muito profissional, sempre disponível para me auxiliar e por me transmitir sempre muita confiança e boas energias.

Um especial agradecimento a todos os participantes do presente estudo.

Aos meus pais por acreditarem sempre em mim, por me incentivarem e apoiarem em tudo a que me aventuro nesta vida.

Ao meu irmão, por me apoiar sempre à sua maneira, que só nós irmãos compreendemos.

Ao Bruno, por estar sempre disponível, presente e me transmitir sempre a sua calma e serenidade em todos os momentos.

Agradeço aos meus familiares e amigos. À Maria, por desde dos primeiros dias de Mestrado ter se tornado uma grande companheira nesta jornada.

Por último, ao ISCSP por me aceitar e permitir que conseguisse realizar este grande objetivo da minha vida e por toda a excelência que proporciona a todos que passam por esta instituição.

A todos o meu sincero obrigado!

## RESUMO

Nos dias de hoje assiste-se a um envelhecimento muito acelerado das sociedades. Trata-se do crescimento dos grupos etários mais velhos e da diminuição do número de jovens. Este fenómeno do envelhecimento acarreta consigo vários desafios a nível social, económico e de saúde.

Quando o envelhecimento não é acompanhado de qualidade de vida e saúde as pessoas são confrontadas com necessidades de cuidados e serviços. E com este problema surge o aumento das respostas de ERPI, SAD e RNCCI.

No entanto, assiste-se a um desencontro entre as necessidades das pessoas/famílias e os serviços que são prestados, que poderiam evitar a institucionalização precoce, o que vai ao encontro do envelhecimento na comunidade.

Assim, como alternativa à institucionalização precoce e/ou indesejada surge o conceito de *Ageing in Place*. Quer isto dizer, que as pessoas envelhecem e permanecem o maior tempo possível nas suas próprias habitações.

Esta questão torna-se cada vez mais relevante quando analisadas as estatísticas que expõem este desejo das pessoas permanecerem nas suas habitações.

Pretende-se com este estudo conhecer quais são as estratégias que as pessoas utilizam para permanecer nas suas habitações o maior tempo possível e a forma como mobilizam os recursos que têm à sua disposição. A partir de um inquérito a uma população com 65 e mais anos que foi possível apurar que a maioria das pessoas tem a sua própria habitação, onde se sentem seguras e satisfeitas e revelam ter consciência e preocupação em relação às alterações que devem executar nas suas casas para permanecerem seguras ao longo do tempo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento; *ageing in place*; habitação; estratégias; domicílio.

## ABSTRACT

Nowadays we are witnessing an incredibly steep ageing of societies. This means an increase in the older age groups and a decrease in youth numbers.

This ageing phenomenon entails several social, economic and health challenges.

When ageing is not accompanied by quality of life and health, people are faced with care and service needs. And with this problem emerges a rise in the responses of ERPI, SAD and RNCCI.

However, a disagreement is observed between the needs of people/families and the services that are provided and that could prevent early institutionalisation, and could lead to growing old within the community.

Therefore, as an alternative to early and/or undesired institutionalisation, arises the concept of *Ageing in Place*. This means, that people age and remain as long as possible in their own homes.

This issue becomes ever more relevant when analysing the statistics that show this desire of people to remain in their homes.

This study aims at understanding what are the strategies that people use to stay in their homes for as long as possible, and the way they mobilise the resources that they have at their disposal. From a survey of population aged 65 and over it has been possible to ascertain that most people have their own housing, where they feel safe and satisfied and show awareness and concern about the changes they must make in their homes to remain secure over time.

**KEY-WORDS:** Ageing; ageing in place; housing; strategies; residence.

## **ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AiP - *Ageing in Place*

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSES - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

UE28 - 28 Estados Membros da União Europeia

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
1. Envelhecimento demográfico em Portugal no contexto da União Europeia .....	5
2. <i>Ageing in Place</i> – Estratégias para envelhecer no domicílio .....	9
2.1. <i>Ageing in Place</i> – o conceito .....	10
2.3. Dimensões do <i>Ageing in Place</i> .....	12
2.3.1. Habitação .....	12
2.3.2. Serviços integrados .....	16
2.3.3. Transportes.....	22
2.3.4. Comunidade .....	27
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>29</b>
1. Definição da metodologia e objetivos .....	29
2. Seleção da amostra .....	30
2.1. Modelo de Análise .....	30
3. Instrumentos de recolha e tratamento dos dados.....	31
<b>CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>32</b>
1. Portimão, um concelho em estudo .....	32
2. Resultado do inquérito à população .....	34
2.1. Caracterização da amostra .....	34
2.2. Apresentação dos resultados das condições de envelhecimento e estratégias para o AiP .....	38
2.2.2. Habitação .....	38
2.2.3. Serviços/ Saúde .....	41
2.2.4. Transportes.....	44
2.2.5. Comunidade .....	46
2.2.6. Aspirações/ Angústias.....	49
3. Discussão dos resultados .....	51

<b>REFLEXÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>
I – Agregados domésticos unipessoais.....	70
II – Modelo de questionário .....	70
III – Tabelas de caracterização da amostra .....	73
IV – Gráficos de caracterização da amostra.....	86

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Evolução da Proporção de Jovens (0-14), Pessoas com 65 e mais anos e Pessoas com 80 e mais anos, nos Países da UE28, 2007-2016 (%).....	7
Tabela 2 - População residente, segundo o escalão etário.....	32
Tabela 3 - Indicadores de envelhecimento .....	33
Tabela 4 -Classes de Idade e Género da amostra .....	35
Tabela 5 - Género e Estado Civil da amostra .....	36
Tabela 6 - Classes de Idade e Estado Civil da amostra .....	36
Tabela 7 - N° do agregado familiar .....	37
Tabela 8 - Nível de Escolaridade.....	37
Tabela 9 - Género e Nível de Escolaridade da amostra.....	38
Tabela 10 - Género e "Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança?" .....	40
Tabela 11 - Classes de Idade e "Como descreve a sua saúde?" .....	42
Tabela 12 - Classes de idade e "Com que frequência considera que a sua idade o impede de fazer coisas que gostaria de fazer?" .....	44
Tabela 13 - Classes de idade e "Qual o tipo de transporte que usa habitualmente?" .....	45
Tabela 14 - Classes de idade e "Considera que a sua comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu dia-a-dia?" .....	47
Tabela 15 - Género e "Como classifica a relação que mantém com os seus vizinhos?" .....	48



## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Onde é que se imagina daqui a cinco/dez anos? .....	49
Gráfico 2 - O que é que mais o/a preocupa com o avançar da idade?.....	50
Gráfico 3 - O que precisa para ter mais qualidade de vida e bem-estar? .....	50

## Introdução

As sociedades estão a envelhecer depressa. Trata-se do crescimento dos grupos etários mais velhos e a diminuição do número de jovens. É o fenómeno do duplo envelhecimento, com efeitos ao nível das políticas públicas, por todos os desafios que acarreta: sociais, económicos e de saúde. Na verdade, a maior sobrevivência das pessoas mais velhas assume-se como uma conquista da humanidade, mas que, por sua vez, desafia os indivíduos, as famílias e os serviços da comunidade.

O envelhecimento demográfico coloca, portanto, diferentes desafios globais, nacionais e locais. O cumprimento desses desafios exige um planeamento que seja inovador e a criação de políticas substantivas para os países devolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2002). Destes desafios fazem parte a carga dupla da doença, o maior risco de incapacidade, a prestação de cuidados para o envelhecimento, a feminização do envelhecimento, ética e desigualdades, a economia de uma população envelhecida, e a criação de um novo paradigma.

O tema ganha destaque perante o aumento exponencial do envelhecimento demográfico nos países europeus, com Portugal a representar valores consideráveis de atenção.

Quando o prolongamento da vida não se faz acompanhar de qualidade de vida os indivíduos são confrontados com necessidades de cuidados e serviços. Apesar da família ser o principal prestador de cuidados, o envelhecimento demográfico produz efeitos consideráveis na própria estrutura e funcionamento das famílias portuguesas. Com uma taxa de fecundidade de 1.2, as famílias estão mais pequenas, constituindo-se uma rede de suporte mais limitada e, portanto, menos capaz de cuidar dos seus idosos. Lembremo-nos também do aumento dos núcleos familiares constituídos apenas por idosos e da alta taxa de mulheres empregadas que Portugal exhibe.

Estas considerações têm servido para justificar o aumento das respostas de ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas) e SAD (Serviços de Apoio Domiciliário), bem como da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (a maioria dos doentes idosos, nas Unidades de Longa Duração e Manutenção). Da análise da Carta Social é possível constatar que, em Portugal, nos últimos 20 anos houve uma evolução crescente do número e capacidade das ERPI mantendo uma taxa de ocupação acima dos 90%. Falamos, portanto, da institucionalização procurada por questões de

incapacidade e consequências da transição epidemiológica, aumentando as doenças crónicas e incapacitantes.

Já a valência SAD, apesar de ter sido a resposta social que mais cresceu nos últimos anos, apresentou a maior descida de taxa de utilização. Pode, assim, denotar-se algum desfasamento entre as necessidades dos indivíduos/ famílias e os serviços que são prestados no domicílio, que, poderiam evitar a institucionalização e hospitalização prolongada, indo ao encontro do envelhecimento na comunidade.

É nesta questão de alternativa à institucionalização que a presente investigação se debruça. Intitulada *Ageing in Place* – Estratégias para envelhecer no domicílio, a pesquisa que esta dissertação descreve resultou de várias motivações, sendo a principal o crescente interesse em que as pessoas consigam permanecer nas suas habitações o maior tempo possível, com o intuito de combater a institucionalização precoce e/ou indesejada. Quer isto dizer que a idade e limitações que esta impõe não têm de forçar ou impor, necessariamente, uma mobilidade para uma ERPI, principalmente se os indivíduos ainda não padecem de problemas críticos capazes de impedir a vida na comunidade, sejam eles físicos ou psicológicos. É neste sentido que assistimos cada vez mais a projetos comunitários e académicos em torno de estratégias para que se permaneça e envelheça nas suas habitações.

Deste modo, considera-se importante estudar esta temática, tornando-se então necessária uma reflexão aprofundada e detalhada, que tente perceber que estratégias as pessoas utilizam e que recursos existem na comunidade em que se inserem, que podem ser ativados ou adequados a este segmento populacional, para que tenham uma vida ativa e saudável, sem terem que sair das suas habitações.

Mas estas questões são ainda mais relevantes se tivermos em conta que as estatísticas que mostram que as pessoas manifestam o desejo de permanecerem nas suas habitações. Ora, dar às pessoas a oportunidade e as condições para que possam envelhecer onde desejam e possam preparar o seu envelhecimento considera-se uma meta fundamental das políticas sociais dirigidas ao envelhecimento.

Posto isto, surge a questão nuclear da investigação: “Que estratégias as pessoas com 65 e mais anos utilizam para permanecer nas suas habitações o maior tempo possível?”.

Como objetivo geral para esta investigação foi delineado: conhecer as estratégias que as pessoas com mais de 65 anos utilizam para permanecer nas suas habitações o maior tempo possível e a forma como mobilizam os recursos que têm à sua disposição.

Para a operacionalização deste objetivo foi selecionado um município português (Portimão) e demarcados os seguintes objetivos específicos: i) caracterizar o território do concelho de Portimão em termos sociodemográficos e os recursos disponíveis às pessoas; ii) caracterizar uma população não institucionalizada do concelho de Portimão, com 65 e mais anos, do ponto de vista da saúde e das condições em que envelhece; iii) identificar as estratégias que as pessoas utilizam para permanecerem nas suas habitações; iv) identificar as necessidades diárias das pessoas; e v) identificar as aspirações e angústias, conhecendo como se projetam e se preparam para o futuro.

Este estudo contribuirá para o aumento das investigações na área da Gerontologia Social, pois esta debruça-se sobre os problemas do envelhecimento humano em todos os seus níveis, nomeadamente das alterações fisiológicas, psicológicas e sociais.

No que diz respeito à estrutura da dissertação, esta encontra-se dividida em três capítulos. No capítulo I apresenta-se a revisão da literatura, nomeadamente no que diz respeito ao envelhecimento demográfico em Portugal no contexto da União Europeia. Neste tópico serão explicados e clarificados o conceito de envelhecimento demográfico segundo a perspetiva de diferentes autores e será comparado todo o cenário sobre o envelhecimento da União Europeia de acordo com os dados recolhidos do *EUROSTAT*. Neste capítulo será também abordado o conceito essencial desta dissertação, o *Ageing in Place*. Em primeiro lugar será apresentado o conceito, a sua génese bem como todos os fatores a este implicado, ou seja, toda a sua trajetória. Importa, desde já, esclarecer que ao longo da dissertação o conceito de *Ageing in Place* será utilizado na sua forma original, visto que não existe uma tradução consensual que englobe todos os pilares e todas as diretrizes que o conceito explana.

De seguida será explicada a questão do modelo ecológico e como este está interligado com o conceito. E finalmente, serão então apresentadas e explicadas as dimensões do conceito.

No capítulo II, que se refere à metodologia de investigação serão definidos os métodos utilizados na pesquisa bem como os objetivos da mesma; procede-se a uma explicação da seleção da amostra; e apresentam-se os instrumentos de recolha de dados bem como a estratégia de tratamento dos mesmos.

Por fim, no capítulo III, que corresponde à apresentação e discussão dos dados, em primeiro lugar será apresentado o concelho em estudo, onde será caracterizado em termos sociodemográficos. De seguida serão apresentados os resultados da entrevista à

população, sendo esta iniciada pela caracterização da amostra e continuada através da apresentação de todas as variáveis estudadas.

Posto isto, será apresentada uma discussão dos resultados e as reflexões finais, onde se espera a criação de propostas inovadoras e concretizáveis para esta temática, sempre que se verifique tal necessidade.

## CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA

### 1. Envelhecimento demográfico em Portugal no contexto da União Europeia

Um dos grandes desafios que a sociedade se depara relaciona-se com o envelhecimento demográfico. Este expressa as alterações na distribuição etária de uma população apresentando uma maior proporção de população em idades mais avançadas (Nazareth, 2004), que pode ser analisado em termos de estrutura populacional, valores de natalidade e mortalidade.

De acordo com o mesmo autor, este fenómeno começou a revelar alguma importância e interesse, pois os investigadores procuravam caracterizar detalhadamente o envelhecimento demográfico, determinar quais as suas causas e consequências, identificar as suas assimetrias espaciais, estabelecer uma cronologia de todo o processo, diferenciar o envelhecimento por sexo e classe social, e encontrar soluções e prever a evolução futura. Assim, com os estudos realizados é possível fazer projeções em relação ao futuro, e perceber que acontecimentos originaram este fenómeno do envelhecimento demográfico.

Segundo Fernandes (2001), a população está a envelhecer a um ritmo bastante acelerado, com uma tendência para aumentar, não só no topo, com o aumento da proporção das pessoas mais velhas, como também na base, com a diminuição da proporção dos mais novos. Esta tendência verifica-se essencialmente nos países desenvolvidos, mas com o decorrer da evolução passará para um fenómeno mundial.

Durante muito tempo pensavam que o aumento da população mais velha se relacionava apenas com o aumento da esperança de vida, ou seja, existiam mais pessoas porque faleciam mais tarde. No entanto, a partir dos estudos realizados concluíram que, com o declínio da mortalidade os jovens começaram a viver cada vez mais, essencialmente a partir do primeiro ano de vida, fazendo com que os efetivos da população em idade fértil aumentassem. Durante o declínio da mortalidade, a natalidade tende sempre a aumentar, mas esse acontecimento não se verificou. Assim, o declínio da natalidade e da mortalidade foram os principais fatores pelo processo de envelhecimento da população. “O principal fator natural responsável pelo envelhecimento demográfico foi o declínio da natalidade” (Nazareth, 2004:119), com a diminuição do número de nascimentos observou-se na estrutura etária de uma população uma diminuição acentuada dos mais jovens, o designado envelhecimento na

base, e por consequência o aumento das pessoas mais velhas, o envelhecimento no topo (Nazareth, 2004). Fernandes (2014), atenta para o problema da baixa propensão a procriar apresentada por Portugal, considerando-a um dos níveis mais baixos jamais observados em condições sociais normais, quer isto dizer, excluindo as situações críticas decorrentes de guerras ou desastres naturais.

A partir da análise da tabela 1 é possível justificar este fenómeno do envelhecimento demográfico, visto que se assiste a uma enorme alteração da estrutura da população. Repare-se que na UE, especialmente na Europa Ocidental, as coortes etárias mais velhas representam uma simetria considerável da população.

Em 2016 na UE28 é possível verificar essa simetria de pessoas com mais de 65 anos era de 19,2%, variando entre 13,2% na Irlanda e 22% na Itália. No caso de Portugal, este apresentava uma das proporções mais elevadas da Europa, com 20,7%, sendo apenas ultrapassados pela Grécia, Itália com 21,3%, e pela Alemanha com 21,1%. Mais uma vez, estes resultados são constatados devido ao acentuado crescimento da proporção das pessoas mais velhas, não só em Portugal, como também nos restantes países da UE.

No que diz respeito à proporção de pessoas com mais de 65 anos, entre os anos de 2007 e 2016, Portugal cresceu 15,46%. Ao comparar este país com os restantes países da UE28, observa-se que Portugal ocupa a 11<sup>a</sup> posição, com dez países onde o crescimento foi superior.

Tabela 1 - Evolução da Proporção de Jovens (0-14), Pessoas com 65 e mais anos e Pessoas com 80 e mais anos, nos Países da UE28, 2007-2016 (%)

	Jovens 0-14			Pessoas 65+			Pessoas 80+		
	2007	2016	2007/2016	2007	2016	2007/2016	2007	2016	2007/2016
<b>EU28</b>	15,9	15,6	-1,92	17	19,2	11,46	4,3	5,4	20,37
<b>Belgium</b>	17,0	17,0	0	17,1	18,2	6,04	4,6	5,5	16,36
<b>Bulgaria</b>	13,2	14,0	5,71	17,6	20,4	13,73	3,5	4,7	25,53
<b>Czech Rep.</b>	14,4	15,4	6,49	14,5	18,3	20,77	3,3	4	17,5
<b>Denmark</b>	18,6	16,8	-10,71	15,3	18,8	18,62	4,1	4,3	4,65
<b>Germany</b>	13,9	13,2	-5,30	19,8	21,1	6,16	4,6	5,8	20,69
<b>Estonia</b>	14,9	16,1	7,45	17,3	19	8,95	3,5	5,1	31,37
<b>Ireland</b>	20,3	21,9	7,31	10,8	13,2	18,18	2,6	3,1	16,13
<b>Greece</b>	14,7	14,4	-2,08	18,6	21,3	12,68	4,3	6,5	33,85
<b>Spain</b>	14,6	15,1	3,31	16,5	18,7	11,76	4,4	6	26,67
<b>France</b>	18,5	18,5	0	16,3	18,8	13,29	4,8	5,9	18,64
<b>Croatia</b>	15,6	14,6	-6,85	17,7	19,2	7,81	3,2	4,8	33,33
<b>Italy</b>	14,1	13,7	-2,92	20,1	22	8,64	5,3	6,7	20,89
<b>Cyprus</b>	18,9	16,4	-15,24	12,4	15,1	17,88	2,8	3,3	15,15
<b>Latvia</b>	14,2	15,2	6,58	17,4	19,6	11,22	3,4	5	32
<b>Lithuania</b>	16,0	14,7	-8,84	16,6	19	12,63	3,4	5,3	35,85
<b>Luxembourg</b>	18,3	16,5	-10,91	14	14,2	1,41	3,3	4	17,5
<b>Hungary</b>	15,2	14,5	-4,83	15,9	18,3	13,11	3,6	4,3	16,28
<b>Malta</b>	16,6	14,2	-16,90	13,9	19	26,84	3,1	4,1	24,39
<b>Netherlands</b>	18,1	16,5	-9,69	14,5	18,2	20,33	3,7	4,4	15,91
<b>Austria</b>	15,6	14,3	-9,09	16,9	18,5	8,65	4,5	5	10
<b>Poland</b>	15,8	15,0	-5,33	13,4	16	16,25	2,9	4,1	29,27
<b>Portugal</b>	<b>15,7</b>	<b>14,1</b>	<b>-11,35</b>	<b>17,5</b>	<b>20,7</b>	<b>15,46</b>	<b>4,2</b>	<b>5,9</b>	<b>28,81</b>
<b>Romania</b>	16,9	15,5	-9,03	14,7	17,4	15,52	2,5	4,2	40,48
<b>Slovenia</b>	14,0	14,8	5,41	15,9	18,4	13,59	3,4	5	32
<b>Slovakia</b>	16,2	15,3	-5,88	12	14,4	16,67	2,5	3,2	21,88
<b>Finland</b>	17,1	16,3	-4,91	16,5	20,5	19,51	4,2	5,2	19,23
<b>Sweden</b>	17,0	17,4	2,29	17,4	19,8	12,12	5,4	5,1	-5,88
<b>UK</b>	17,8	17,7	-0,56	15,9	17,9	11,18	4,4	4,8	8,33

Fonte: Eurostat

Este cenário do envelhecimento demográfico suscita alguns desafios, quer a níveis de saúde, quer sociais e financeiros. Estes desafios surgem devido ao facto de com o envelhecimento da população, na sua maioria, quando não é acompanhado de qualidade de vida, surgirem problemas de saúde, e por consequente uma qualidade de vida deficitária.

Segundo Rosa (2012), a saúde é vista como um problema pois com o avançar da idade as pessoas estão mais vulneráveis a certas doenças, o que leva ao aumento das necessidades e à procura de cuidados de saúde. Como referido anteriormente, com o avançar da idade, aumenta também o risco de doenças degenerativas ou crónicas não transmissíveis, tais como tumores, diabetes, doenças cardiovasculares e demências, como a doença de Alzheimer, por exemplo. Está também associado o aumento da dificuldade de mobilidade, de audição e visão, o que pode levar na maioria das vezes a uma perda progressiva de autonomia, o que resultará numa maior dependência do apoio exterior, seja este familiar ou social. Os problemas que o envelhecimento impõe à saúde



das populações são demonstrados pelos números relativos à esperança de vida em boa saúde<sup>1</sup>. Em 2014, Portugal era o terceiro país da UE28 com menos percentagem de esperança de vida em boa saúde para as mulheres (65,7% da esperança de vida), e para os homens apresentava o sétimo valor mais baixo (74,8% da esperança de vida) (*EUROSTAT*)<sup>2</sup>.

Estes desafios estão estreitamente relacionados com as alterações nas estruturas e dinâmicas familiares e estruturas de apoio. Com a diminuição da capacidade de apoio das respostas tradicionais, como o exemplo da solidariedade familiar, observa-se um aumento da procura dos serviços formais. Segundo Bárrios (2017), com aumento da taxa de atividade feminina, o crescimento do número de uniões de facto, o aumento das famílias monoparentais e unipessoais, bem como a diminuição dos elementos ao nível da família nuclear (menor número de filhos), vai levar a consequências, como o suporte prestado às pessoas mais velhas. Este fenómeno acontece porque a diminuição do número de filhos conduzirá a uma polarização das responsabilidades familiares num único elemento (Gil, 2007) e, apesar de se verificar um aumento do número de famílias trigeracionais, implicando fracas distancias geracionais, torna-se cada vez menos habitual a coabitação dos pais idosos com os seus filhos adultos (Fernandes, 2008).

Um outro desafio, segundo a mesma linha de raciocínio, relaciona-se com a solidão e o isolamento. Em Portugal, o número de famílias unipessoais com mais de 65 anos foi aumentando ao longo dos anos<sup>3</sup>, devido primeiramente, à morte do cônjuge, ou familiares e amigos, e de seguida devido ao facto das famílias viverem distantes, quer devido à emigração para as cidades quer para outros países (Rosa, 2012). No ano de 2013, cerca de 20% das pessoas com 65 e mais anos em Portugal vivia sozinha (*EUROSTAT*). O sentimento solidão para além de ser mais característico nas zonas rurais, devido ao distanciamento das famílias e dos serviços, também é sentido pelas pessoas que vivem nos grandes centros urbanos. No entanto, este segmento é justificado por outros fatores, nomeadamente, o facto das pessoas habitarem em apartamentos mais antigos, em que muitos casos encontram-se degradados e de difícil acesso, por serem habitações com escadas, por exemplo. Contribui-se assim, para o isolamento e solidão de uma pessoa com mobilidade reduzida.

A pobreza é também considerada um outro desafio do envelhecimento demográfico, pois a grande maioria das pessoas mais velhas, tem níveis de escolaridade

---

<sup>1</sup> Anos que o indivíduo espera viver, em média, em boa saúde, sem incapacidade

<sup>2</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat>

<sup>3</sup> Consultar anexo I: Agregados domésticos unipessoais

muitos baixos, o que as pode tornar mais vulneráveis financeiramente. De acordo com a Rede Europeia Anti-pobreza (2017), a taxa de pobreza das pessoas idosas em Portugal, em 2012, chegou aos 14.7%, tendo sido considerada uma percentagem inferior aos outros anos. No entanto em 2013, subiu para 15.1%, chegando aos 17% em 2014.

Posto isto, é necessário refletir sobre os desafios do envelhecimento demográfico, de uma forma integrada, que considere os percursos de vida, condições de vida, trabalho e lazer; e encontrar soluções para atenuar as lacunas existentes com o intuito de garantir à população um envelhecimento com bem-estar. Importa ainda acrescentar que, em Portugal, parte dos recursos comunitários não reúnem todas as condições necessárias a um envelhecimento saudável e ativo (Bárrios & Fernandes, 2015).

## 2. *Ageing in Place* – Estratégias para envelhecer no domicílio

Muitas pessoas manifestam o desejo de envelhecer na própria habitação valorizando a sua independência e o seu conforto. De acordo com as estatísticas apresentadas pelo *EUROSTAT* (2016), em 2011, 1,7% das pessoas na UE pertencentes ao grupo etário 65-84 e 12,6% dos 85+ vivia em agregados familiares, sendo que apenas 14,8% das mulheres 85+ e 7,6% dos homens 85+ estava institucionalizado.

Apesar de existir este desejo das pessoas permanecerem nas suas habitações um maior tempo possível, é importante não menosprezar a institucionalização e que opções existem para quando é necessário/ desejado.

No que se refere a Portugal, as respostas sociais destinadas à população mais velha cresceram 55% entre o período de 2000 e 2015 (Ministério da Solidariedade, 2015). Da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) as principais respostas são as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), os Centros de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). No período de tempo referido houve uma evolução muito positiva nas respostas sociais, principalmente no SAD com um crescimento de 71% e nas ERPI de 66%. Paradoxalmente, a taxa de utilização das respostas sociais tem vindo a diminuir ao longo dos últimos vinte anos, embora muito pouco significativamente para as ERPI, mantendo-se sempre acima dos 90%, com 92% em 2015 (Ministério da Solidariedade, 2015).

Porém, como referido anteriormente, a maioria das pessoas deseja permanecer o maior tempo possível nas próprias habitações e acredita que a habitação onde se

encontra é onde viverá (Bernard, Zimmerman, & Eckert, 2001). Mas é preciso que a casa acompanhe o processo de envelhecimento da pessoa e que esta seja capaz de adaptar a sua vida e as suas condições de habitabilidade. Como tal, é imprescindível conhecer que estratégias e orientações existem para o envelhecimento no domicílio e na comunidade.

### 2.1. *Ageing in Place* – o conceito

Esta perspetiva que tem vindo a ser mencionada, das pessoas manifestarem o interesse de permanecerem nas suas próprias habitações vai ao encontro do conceito de *Ageing in Place* (AiP).

Este conceito de acordo com Pynoos, Caraviello e Cicero (2009), é defendido como uma política emergente que se centra principalmente na compreensão das alterações que vão decorrendo ao longo do envelhecimento e no meio que a pessoa está inserida. Para Martin, Santinha, Rito e Almeida (2012), o *Ageing in Place* é considerado uma política emergente focada na compreensão de mudanças que ocorrem no envelhecimento e no ambiente envolvente, privilegiando a manutenção da pessoa quer na sua própria habitação, quer noutras situações estruturadas na comunidade.

De acordo com Timmermann (2012), o conceito *Ageing in Place* consiste na pessoa permanecer na sua própria casa o maior tempo possível à medida que envelhece, mesmo que padeça de alguma doença funcional ou cognitiva. Este conceito, seguindo o ponto de vista de Wiles, et al (2012), é um termo popular na política de envelhecimento atual, que se caracteriza por permanecer a viver na comunidade com algum nível de independência, ao invés de em lares residenciais.

Reconhece-se que, ao envelhecer nas suas comunidades, as pessoas mais velhas permanecem durante mais tempo independentes, autónomas e mantêm as suas redes de suporte social ativas. A institucionalização das pessoas poderá causar-lhes uma maior e ou mais acelerada perda de autonomia, visto que toda a sua vida e rotina irá mudar. Neste processo as atividades de vida diária (AVD), como cozinhar, limpar a casa e outras atividades do dia-a-dia, irão desaparecer. Tomasini e Alves (2007) afirmam que os ambientes institucionais exigem muito pouco das pessoas mais velhas e estas, ao saírem das suas habitações, muitas vezes perdem as suas relações sociais, provocando um enfraquecimento dos laços sociais.

Este conceito pode ser analisado segundo vários modelos teóricos como é o exemplo do Modelo Ecológico. Este modelo arroga que os padrões de bem-estar, saúde e funcionamento da pessoa estão interligados a uma interação de influências entre os recursos biológicos, comportamentais, sociais, físicos e ambientais, que circundam a própria pessoa, as suas famílias e a comunidade em que está inserida (Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012). O modelo ecológico, ao ilustrar as mudanças fisiológicas, comportamentais, sociais e ambientais que ocorrem a nível individual e da comunidade, as relações entre estas mudanças, que exercitam o seu papel ao longo do processo de envelhecimento (Satarino, 2006 cit por Machado, 2017) facilitará a identificação de lacunas, prioridades, necessidades e intervenções.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), quanto maior for o tempo de permanência das pessoas nas suas habitações menos serão os recursos a instituições necessários. Com efeito, torna-se importante perceber as práticas promissoras que permitem às pessoas envelhecer nas suas casas, visto que este conceito é multidimensional e complexo, pois abrange, quer a situação socioeconómica, a comunidade e a dinâmica cultural em que a pessoa está inserida, o tipo de serviços e cuidados disponíveis, quer as condições da habitação (Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012). Essas práticas passam pela acessibilidade e manutenção dentro da própria habitação, pela comunidade, sustentabilidade, serviços e mobilidade (Porto & Rezende, 2016). Mas é de extrema importância que todas estas práticas funcionem de forma correta e em simultâneo.

No entanto, existem prós e contras das pessoas envelhecerem nas suas próprias casas. Segundo Timmermann (2012), os prós associados ao *Ageing in Place* relacionam-se com três fatores: i) na própria casa existem as memórias e um maior conforto; ii) as interações com os vizinhos, visto que já os conhecem, e muitas das vezes para além de vizinhos também são amigos; iii) e por último, por ser considerada uma alternativa menos dispendiosa, pois à partida as pessoas já possuem a sua própria habitação, e em caso de necessitarem de ajuda podem recorrer às redes primárias de solidariedade: família, amigos e vizinhos. Em relação aos contras, relacionam-se com: i) o facto das habitações poderem ser inadequadas para o processo de envelhecimento; ii) o isolamento, pois muitas vezes as pessoas vivem sozinhas e como as famílias tem os seus dias demasiado ocupados não as conseguem visitar; iii) e por fim, as necessidades de cuidados não detetadas, caso exista uma diminuição das capacidades físicas ou cognitivas, se as famílias não estiverem presentes frequentemente, as necessidades

tendem a aumentar originando graves problemas de saúde, higiene e de nutrição, por exemplo.

Tendo em atenção o conceito de *Ageing in Place* e os prós e contras a este associado, é necessário estabelecer prioridades, identificar recursos e alternativas que cheguem a um maior número de pessoas, auxiliando a comodidade e a independência (Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012).

### 2.3. Dimensões do *Ageing in Place*

Segundo a OCDE (2002), o *Ageing in Place* compreende quatro dimensões: i) habitação, ii) os serviços integrados, iii) os transportes iv) e o bairro/comunidade em que a pessoa está envolvida. Veremos, de seguida cada uma em particular.

#### 2.3.1. Habitação

Em relação à habitação, é necessário ter em conta a adaptação, a acessibilidade, a manutenção, como também novas alternativas habitacionais.

Segundo a OMS (2009), a habitação é fundamental para a segurança e o bem-estar das pessoas. A habitação adequada e a oportunidade de acesso aos serviços comunitários e sociais exercem influência positiva sobre a independência e a qualidade de vidas das pessoas mais velhas.

Para que as pessoas possam permanecer um maior tempo possível nas suas habitações, como referido anteriormente, é necessário que estas reúnam todas as condições necessárias, onde seja proporcionado conforto, autonomia, segurança e privacidade (Falcato, Braz, Bispo, Renato, & Lorena, 2010). Isto porque a institucionalização das pessoas mais velhas pode resultar de insuficiências da habitação para atender às suas necessidades como por exemplo: redução das capacidades de autocuidado e gestão da sua saúde, isolamento, solidão, barreiras de acessibilidade, indisponibilidade dos serviços indispensáveis, má qualidade dos cuidados, bem como o perigo ou medo do crime e violência (Iecovich, 2014 cit por Bárrios, 2017).

A concretização de um *Ageing in Place* implica um investimento ao nível das infraestruturas habitacionais, quer individual quer sob as formas de apoios ou incentivos, que possibilitam a aquisição, arrendamento ou adaptação das casas (MetLife, 2013). Deste modo, um dos principais fatores associados à habitação consiste

na acessibilidade económica, pois o custo da habitação é um fator fundamental que influencia o local em que as pessoas vivem e a sua qualidade de vida. Este fator faz com que as pessoas mais velhas tenham dificuldade em adquirirem uma habitação mais adequada, pois em certas cidades o custo das habitações é demasiado elevado (OMS, 2009).

No entanto, existem estratégias consideradas de baixo custo que podem ser adaptadas nas habitações e que potenciam a melhoria no desempenho das pessoas, a redução de acidentes, permitindo uma vida mais independente. Essas estratégias consistem na instalação de barras de apoio em locais estratégicos; de superfícies antiderrapantes; de melhor iluminação, dando primazia a corredores de acesso e escadas; na construção de rampas, entre outras. As entradas de acesso à habitação, à casa de banho e à cozinha são as áreas onde ocorrem mais acidentes, e as que possibilitam mais oportunidades de melhoria (Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012).

Numa vertente considerada de elevado custo, segundo Falcato, Braz, Bispo e Lorena (2010), nas habitações onde existem soluções de domótica, os equipamentos centralizadores deverão ser de fácil acesso e, por isso, precisam estar numa localização central; nos locais de arrumação, como as despensas, deverá existir flexibilidade na altura das prateleiras, de forma a serem ajustáveis às necessidades dos utilizadores; os interruptores deverão ser colocados nos principais acessos das áreas de circulação, evitando que o utilizador tenha de retroceder para ligar ou desligar a iluminação. Ainda em relação aos interruptores, nos quartos devem ser colocados à entrada dos mesmos e junto à cabeceira da cama, para evitar que a pessoa tenha de se levantar. Como último exemplo, deverá existir a possibilidade de inversão do sentido de abertura das portas das casas de banho ou a adoção de portas de correr.

Outros dispositivos tecnológicos são facilitadores do *Ageing in Place* ao reduzirem o risco, proporcionarem uma maior eficácia na ativação dos recursos, permitirem a monitorização, identificação de riscos, redução de lesões, etc. O documento MetLife (2013) enumera alguns casos como: sensores de quedas, de movimento e marcha; sensores de parâmetros como o ritmo cardíaco, glucose, oxigénio no sangue conectados a um *call center*; serviços de teleassistência; ou ainda dispensadores de comprimidos com alertas acionados caso a dose não seja removida por um período de tempo definido.

Em suma, pode considerar-se que uma habitação condigna cumpre os requisitos de habitabilidade, em termos de climatização e segurança básica; sendo igualmente

dotada de um *design* inclusivo, garantindo a segurança, acessibilidade e tecnologia assistida (MetLife, 2013).

Apesar de envelhecer na própria habitação estar recheado de efeitos bastante positivo, este panorama inverte o seu papel quando está associado a dependência, restrições ambientais, e carências socioeconómicas e familiares. Para resolver este problema já existem soluções que se adequam à população idosa, à rede de suporte e à comunidade em que a pessoa está inserida que facilitam o envelhecimento no local e a manutenção da independência da própria pessoa. Essas soluções são as alternativas habitacionais para a população idosa, que se caracterizam como estruturas residenciais que permitem a privacidade, ainda que as pessoas vivam em vizinhança com outras pessoas (Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012).

Existem, então, duas opções para as pessoas mais velhas. A primeira opção possibilita a manutenção no próprio domicílio, como é o exemplo de *Lifetimes Home* e *Homeshare*. Já a segunda permite a integração do indivíduo em espaços habitacionais adaptados, como *Cohousing*, *Sheltered* e *Extra Care Home* (Rito, 2011).

O *Lifetimes Home* tem como objetivo a adequação das habitações (inglesas) às necessidades que ocorrem no ciclo da vida familiar, dando primazia à acessibilidade e ao design habitacional. Como exemplos, a entrada deve ser nivelada, as portas e os corredores devem ter a largura suficiente para a passagem de uma pessoa em cadeira de rodas, a banheira e o chuveiro devem estar lado a lado com a sanita para facilitar o deslocamento da pessoa, etc. A implementação destas e outras medidas proporciona uma diminuição nos custos posteriores com a habitação, podendo também contribuir para um menor índice de institucionalização e uma menor procura de cuidados de saúde que adviessem da inadequação da habitação (Rito, 2011).

Seguindo a linha de raciocínio da mesma autora, o *Homeshare* surgiu para tentar acabar com algumas necessidades através da co-habitação, em 1970, nos Estados Unidos da América, e passando rapidamente também para a Europa.

Esta alternativa caracteriza-se pelo crescimento pessoal e na melhoria da qualidade de vida através da partilha mútua de recursos entre a pessoa mais velha que necessita de apoio e a pessoa mais nova que necessita de uma habitação. Quer isto dizer que consiste numa troca de interesses recíproca, uma vez que a pessoa mais velha passa a ter uma companhia, enquanto a pessoa mais nova beneficia de uma habitação gratuita, e ainda reduz os seus custos de vida adquirindo novas aprendizagens com a pessoa mais



velha. Este tipo de alternativa permite a diminuição do número de pessoas institucionalizados, e permite o aumento dos contactos intergeracionais (Rito, 2011).

O *cohousing* é outro exemplo de alternativa habitacional que consiste numa “comunidade habitacional desenhada, implementada, monitorizada e gerida pelos seus próprios membros, que pretendem aliar o espaço habitacional a um espírito comunitário e de vizinhança” (Brenton, 2008; Croucher et al, 2006). A privacidade de cada membro é sempre garantida, existindo espaços comuns, como a lavandaria, a cozinha e a biblioteca (Rito, 2011).

Em Portugal, existe um exemplo desta alternativa que apresenta bastante sucesso. A Aldeia São José de Alcalar foi construída com a capacidade de acolher 105 pessoas em habitações T1 e T3, com um edifício central comum a todos os habitantes, onde está inserido o refeitório, a sala de convívio, a enfermaria, a lavandaria e as atividades socioculturais (Fontes, 2011).

A alternativa designada por *Shelterd* é uma comunidade habitacional que surgiu na década de 1960, no pós-guerra com o objetivo de dar resposta ao aumento da preocupação em criar habitações adequadas para a população idosa. Existem zonas comuns, como nos exemplos apresentados anteriormente, mas a diferença encontra-se na existência de um monitor e de um sistema de alarme, permitindo assim um maior sentimento de segurança. Ao monitor compete-lhe as funções de integrar os novos moradores, incentivar a dinamização de atividades comunitárias, detetar possíveis necessidades e encaminhar para a resposta mais adequada, cuidando ainda das áreas comuns. Convém evidenciar que esta opção é indicada para a população independente. Caso a pessoa comece a necessitar de mais cuidados terá de recorrer a outro tipo de habitação. O *Extra Care Home* é uma opção para a população que necessite de apoio na realização das suas AVD, mas que permita à pessoa manter-se independente o maior tempo possível, sendo que os três princípios básicos passam pela independência, a capacitação e a participação (Rito, 2011)

Ainda de acordo com a mesma autora, o *Extra Care Home* presta cuidados especializados e específicos, como a doentes de *Alzheimer*, e reúne todas as estratégias e condições que permite manter com maior facilidade as redes sociais, o estado de saúde e a qualidade de vida.



### 2.3.2. Serviços integrados

No que toca aos serviços integrados, é importante esclarecer os diversos ramos que este engloba, nomeadamente: a) cuidados integrados e b) SAD (Serviços de Apoio Domiciliários). No contexto português esta temática ficaria incompleta sem fazer referência à c) RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).

#### a) Cuidados integrados

De acordo com a perspetiva da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016), os serviços integrados estabelecem uma relação com os cuidados integrados. Nos cuidados integrados apesar de não existir um entendimento conceitual comum, estes são tidos em conta como cuidados coordenados e continuados.

Com efeito, as perspetivas que constroem este conceito são moldadas pelas visões e expectativas de diversos agentes do sistema de saúde. De seguida serão apresentadas as perspetivas que moldam o cuidado integrado, seguindo a ótica da OMS:

- Perspetiva do Provedor: coordenar serviços, tarefas e atendimento aos utentes nos limites profissionais e organizacionais do sistema;
- Perspetiva do Profissional de Cuidados: defender os utentes que usufruem de serviços, fornecer e coordenar cuidados de saúde e sociais;
- Perspetiva do Administrador: construir e sustentar a cultura e valores partilhados, manter a supervisão dos recursos e dos financiamentos, coordenar metas conjuntas, supervisionar os funcionários, gerenciar as relações complexas do criador de políticas organizacionais;
- Perspetiva do Utente/ Cuidador: experimentar um melhor acesso e navegação em todos os elementos do cuidado, incluindo a partilha de informação;
- Perspetiva da Comunidade: ajudar a moldar os serviços locais;
- Perspetiva do Avaliador: medir a integração contra as medidas nacionais e locais e contribuir para a integração baseada em evidências;

- Perspetiva do Regulador: monitorizar e avaliar a prestação de cuidados e eliminar a má qualidade e segurança;
- Perspetiva do Legislador: criar políticas favoráveis à integração, regulamentação e arranjos financeiro; desenvolver sistemas de cuidados apropriados, processos e padrões de qualidade, e apoiar a avaliação holística de sistemas e programas integrados.

A partir destas perspetivas surgiram três definições, consideradas como principais.

i) A primeira definição é baseada num processo usado por muitos governos nacionais com o intuito perceber os diferentes componentes do cuidado integrado. Pressupõe também um cuidado integrado com as qualidades da coordenação do cuidado, como um processo contínuo de suporte ao longo do tempo.

ii) A segunda definição é defendida pelos utentes que suportam um propósito para estratégias integradas de cuidado em todos os níveis do sistema. Ou seja, esta definição do cuidado integrado como é determinado pelas próprias pessoas que usufruem do serviço, é importante no que diz respeito às necessidades individuais e da população na elaboração, implementação e avaliação dos modelos integrados.

iii) A terceira definição é baseada no sistema de saúde, em que reconhece que o atendimento integrado é obtido através do alinhamento de todas as funções do sistema e da forma como ocorrem as mudanças.

Nas três definições apresentadas torna-se evidente que a noção do cuidado integrado deve estar centrado nas necessidades de todas as pessoas.

#### b) SAD

Dos serviços integrados, é importante destacar o serviço de apoio domiciliário (SAD), que pretende responder às necessidades de saúde, de higiene, de alimentação e às questões de cariz social.

De acordo com a Segurança Social (2016), SAD é designado como uma resposta social que é desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados personalizados e individualizados no domicílio. Da consulta da Portaria n.º

38/2013 de 30 de janeiro pode entender-se como a prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se deparem no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam garantir, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

Segundo o Manual de Processo-chave Serviço de Apoio Domiciliário (Segurança Social, 2010) o serviço de apoio domiciliário é caracterizado por ser um serviço de proximidade. Quer isto dizer que corresponde a uma resposta social organizada, em que as pessoas que se encontram em situação de dependência podem ter acesso com o objetivo de satisfazer as necessidades básicas e específicas, sempre com apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e nas atividades sócio recreativas.

O SAD organiza-se através de vários objetivos gerais e específicos. Como objetivos gerais pretendem “contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias” e “contribuir para retardar ou evitar a institucionalização”. Em relação aos objetivos específicos, procuram “assegurara aos indivíduos e famílias satisfação de necessidades básicas”, “prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar” e “colaborar na prestação de cuidados de saúde” (Bonfim & Veiga, 1996).

Ainda de acordo com os mesmos autores, este serviço tem de respeitar uma organização, que pode ser desenvolvido a partir de uma estrutura criada para essa finalidade ou a partir de outra já existente, como um lar ou um centro de dia, por exemplo. O serviço de apoio domiciliário deve progressivamente organizar-se, com o objetivo de proporcionar um apoio contínuo de vinte e quatro horas e sempre que necessário deve atuar de emergência.

No que diz respeito à sua organização, o SAD deve proporcionar a prestação de cuidados de higiene e conforto; a arrumação e pequenas limpezas no domicílio; a confeção, transporte e distribuição de refeições, e o tratamento da roupa. Por fim, pode também assegurar outros serviços, como o acompanhamento ao exterior; a aquisição de géneros alimentícios e outros artigos; acompanhamento e convívio; pequenas reparações no domicílio e estabelecer contactos com o exterior. Estende-se, portanto, a atividades de animação e socialização: animação, lazer, cultura, pagamento de serviços e deslocação a entidades da comunidade.

Continuando a seguir a linha de raciocínio de Bonfim e Veiga (1996), no que concerne aos princípios gerais de funcionamento do serviço de apoio domiciliário, o

domicílio do utilizador é inviolável e, dessa forma, não é permitido fazer alterações nem eliminar bens e objetos sem autorização. Compete ao serviço garantir ao utilizador o respeito pela sua individualidade e privacidade; o respeito pelos seus usos e costumes; a prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista manter ou melhorar a sua autonomia, e a articulação com os serviços da comunidade. A elaboração e avaliação do plano de cuidados deve ser assegurada pelos técnicos, e a prestação dos mesmos deve ser assegurada por profissionais com a formação adequada. Em relação ao horário dos profissionais que prestam cuidados, este é estabelecido de acordo com as necessidades dos vários utilizadores a seu cargo; nas situações de dependência que necessitam de recurso a ajudas técnicas, o serviço de apoio domiciliário pode providenciar a sua aquisição ou aluguer. Por último, quando ocorre um óbito na presença de um elemento do serviço de apoio domiciliário, este deve informar logo de imediato a família e o serviço, e deve ser providenciada a presença de um médico.

#### c) RNCCI

A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, como tentativa de responder às necessidades emergentes, consequentes das alterações demográficas: envelhecimento populacional; da transição epidemiológica (predomínio de doenças crónicas e incapacitantes e aparecimento de novas doenças), bem como das transformações da estrutura e funcionamento das famílias (distanciamento da família tradicional com afirmação da mulher no mercado de trabalho).

Segundo a informação disponibilizada pelo Instituto da Segurança Social, I.P. (2017) a RNCCI, destina-se a pessoas que estejam em situação de dependência e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social. É constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, quer em casa quer em instalações próprias.

A RNCCI resultou de uma parceria entre os Ministérios da Solidariedade, Emprego e da Saúde, e vários prestadores de cuidados de saúde e de apoio social.

De uma forma geral, a rede pretende conceder cuidados continuados integrados a indivíduos que, independentemente da idade, se deparem em situação de dependência. Como objetivos específicos da RNCCI a Segurança Social destaca:

- Melhorar as condições de vida e bem-estar dos indivíduos em situação de dependência, através da contribuição de cuidados de saúde e de apoio social;
- Promover a manutenção na própria casa das pessoas com carência de funcionalidade ou em risco de a perder, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser acreditados os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- Atuar através do apoio, do acompanhamento e da hospitalização tecnicamente adequada à respetiva situação; aperfeiçoar, de forma contínua, a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- Apoiar os familiares, ou cuidadores informais, na sua educação e qualificação para aperfeiçoar a prestação dos cuidados;
- Articular e organizar em rede os cuidados em distintos serviços, setores e níveis de diferenciação;
- Prevenir problemas em serviços e equipamentos, em resultado da gradual cobertura a nível nacional das carências das pessoas em posição de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Neste enquadramento destacam-se ainda os princípios base da RNNCI, seguidamente apresentados:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede;

- Proximidades da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinariedade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas de Rede;
- Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; e eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017).

Os cuidados continuados integrados em Portugal, de acordo com Reis, Pereira, Escoval e Reis (2015), revelam cada vez mais uma maior importância para a população. Em 2011 existiam em todo o país 5.595 camas destinadas a estes cuidados e nesse mesmo ano foram efetuadas 105.257 referenciações para a RNCCI.

Seguindo a perspetiva dos mesmos autores, para que os cuidados integrados sejam efetivos é fundamental que exista uma troca de informação entre todos os envolvidos no processo terapêutico, o que supõe a necessidade de instrumentos de reunião e transmissão de informação e que englobe diferentes perspetivas de todos os envolvidos no processo de prestação de cuidados, o que revela ser particularmente importante numa rede em que os utentes podem transitar entre tipologias (Reis et al., 2015).

A RNCCI está implementada ao longo de todo o território de Portugal Continental através de i) Unidades de Internamento: Unidades de Convalescença<sup>4</sup>,

---

<sup>4</sup> A unidade de convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos (cfr. n.º 2 Art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Unidades de Longa Duração e Manutenção<sup>5</sup>, Unidades de Média Duração e Reabilitação<sup>6</sup>; e ii) Equipas Domiciliárias (ECCI). Note-se que todas as valências podem contribuir para um *ageing in place* mas sobretudo as ECCI, que vão ao encontro da manutenção da pessoa doente no seu *habitat* natural.

Sobre a evolução da RNCCI e suas valências, destaca-se que em 2010 foram criados cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM) (Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro), estendendo-se a pessoas com problemas de saúde mental ao contemplar a existência de estruturas reabilitativas psicossociais, nomeadamente equipas de apoio domiciliário, unidades sócio- ocupacionais e unidades residenciais.

Importa ainda referir a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) (Lei n.º 52 de 2012 de 5 de setembro; a Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro) estando regularizada a caracterização dos serviços, a admissão nas equipas locais, as condições e requisitos de construção e segurança das unidades.

Em 2016, pelo Despacho n.º 201/20167, a RNCCI (2016), iniciou um processo de reformulação e relançamento, que pretende, entre outros objetivos: *o reforço do número de vagas na Rede em todas as tipologias, privilegiando o cabal aproveitamento dos recursos disponíveis e a aposta nos cuidados domiciliários, num esforço conjunto com as organizações do terceiro setor e o setor privado, com especial incidência nos grandes centros urbanos.*

### 2.3.3. Transportes

As opções de transporte podem constituir elementos chave na promoção de um *Ageing in Place*, na medida em que são capazes de facilitar ou limitar a conexão da habitação com o exterior e, consequentemente, o envolvimento na comunidade. Isto porque autores como Frye (2014) identificaram que as principais barreiras à mobilidade

---

<sup>5</sup> A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (cfr. n.º 1 do Art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

<sup>6</sup> A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (cfr. n.º 1 do Art. 13º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho).

<sup>7</sup> [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Despacho\\_201\\_2016.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Despacho_201_2016.pdf)

de pessoas com deficiência e idosos incluem a falta de transportes públicos acessíveis, a atitude dos motoristas e outros funcionários. Assim, a literatura relacionada com o envelhecimento e o conceito selecionado apela ao desenvolvimento do setor, ampliando as oportunidades e as opções de mobilidade.

Em muitos países industrializados, o lugar das pessoas mais velhas na sociedade passou por mudanças consideráveis como resultado de múltiplos fatores, sejam eles demográficos, sociológicos ou económicos (Pochet, Ortúzar, Hensher, & Jara-Díaz, 1998).

De acordo com Yamamoto e Zhang (2017), muitos estudos debruçam-se sobre as diferenças nos padrões de viagens entre pessoas mais velhas e as outras faixas etárias, em relação às distâncias das viagens, o número de viagens e à sua complexidade, e analisam também as diferenças entre as pessoas mais velhas, em relação ao género, idade e atividades.

Destacam também que geógrafos, urbanistas e gerontólogos preocupam-se com a forma como as mudanças que estão relacionadas à idade e à saúde, interagem com o ambiente envolvente que poderá afetar a capacidade das pessoas mais velhas conseguirem ter acesso ao transporte público (Yamamoto & Zhang, 2017).

Na dimensão dos transportes, de acordo com a OMS (2009), é necessário compreender a 1) disponibilidade; 2) acessibilidade económica; 3) fiabilidade e frequência; 4) destinos de viagem; 5) veículos amigos das pessoas idosas; 6) serviços especializados para idosos; 7) lugares prioritários e cortesia dos passageiros; 8) motoristas de transportes públicos; 9) segurança e conforto; 10) paragens e estações de transportes; 11) táxis; 12) transporte comunitário; 13) informação; 14) condições de condução; 15) cortesia para com os condutores idosos, e o 16) estacionamento. Adotando esta perspetiva da OMS, vejamos de seguida cada ponto de análise.

1) Disponibilidade: os transportes públicos existem e estão disponíveis na maior parte das cidades, no entanto não chegam a todas as áreas, sendo este um flagelo a ser combatido. Nos países desenvolvidos as pessoas consideram que o sistema de transportes públicos é bem desenvolvido, pois existe uma diversidade de transportes públicos como os autocarros, comboios, elétricos, autocarros especiais e miniautocarros, serviços de transporte comunitário, serviços específicos para pessoas portadoras de deficiência, táxis e motoristas privados.



2) Acessibilidade económica: um dos fatores mais significativos na utilização de transportes públicos por parte das pessoas mais velhas é o preço. Em muitas cidades os transportes públicos são grátis ou de preço reduzido. Na cidade de Genebra, por exemplo, os acompanhantes das pessoas idosas também têm direito ao transporte gratuito.

3) Fiabilidade e frequência: para um bom funcionamento da rede de transportes, este serviço deveria ser mais frequente e fiável. Apesar de em alguns países desenvolvidos este fator ser considerado positivo, corresponde a uma minoria. Neste sentido os quer os horários quer os percursos, deviam ser fixos, mais frequentes e mais abrangentes.

4) Destinos de viagem: em certas cidades, os serviços de transporte público garantem o acesso a algumas zonas, permitindo às pessoas chegar aos seus destinos de preferência. No entanto, noutras cidades, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, existem preocupações relativamente à adequação dos percursos dos transportes públicos. Uma das maiores lacunas detetadas pelos passageiros mais velhos é que é difícil atravessar toda a cidade visto que existem várias zonas que não são abrangidas pela rede de transportes.

5) Veículos amigos das pessoas idosas: nesta questão dos veículos uma das principais preocupações consiste na entrada e saída das pessoas do mesmo. Em diversos países existem transportes públicos modificados de forma a permitir um acesso mais fácil por parte das pessoas mais velhas, como por exemplo plataformas elevatórias e o piso mais baixo. Por outro lado, existem mais entraves, devido aos degraus altos, e ao facto dos autocarros não estarem adaptados para o acesso de cadeiras de rodas.

6) Serviços especializados para idosos: como referido anteriormente é necessário que se crie adaptações nos meios de transportes. Para além dos autocarros, o táxi também é um dos meios de transporte utilizados que necessita de adaptações, nomeadamente em criarem um espaço destinado à cadeira de rodas.

7) Lugares prioritários e a cortesia dos passageiros: a existência de lugares prioritários nos transportes públicos para os idosos é uma característica amiga das pessoas idosas e pretendem que os passageiros respeitem esses lugares.

8) Motoristas de transportes públicos: os motoristas são elementos essenciais nesta dimensão dos transportes, pois são quem mantém um contacto direto e frequente com as pessoas. Uma das principais características identificadas como “amiga das pessoas idosas” é o facto de os condutores serem atenciosos. No entanto o contrario também se verifica, tornando-se um grande obstáculo, nomeadamente quando os motoristas não esperam que as pessoas se sentem antes de retomarem a viagem. Este problema pode levar a quedas que se podem tornar muito graves na saúde de qualquer pessoa, mas em especial nas pessoas mais velhas. A OMS sugere que seja realizada formação para os motoristas, com o intuito de os tornar mais sensíveis e preocupados às necessidades dos passageiros.

9) Segurança e conforto: se as pessoas se sentirem seguras quando utilizam os transportes públicos irá reproduzir o efeito de segurança e vão continuar a querer utilizá-los. Como aspeto negativo salienta-se os momentos de maior afluência, por existirem mais pessoas no transporte poderá colocar em perigo a segurança das pessoas mais velhas.

10) Paragens e estações de transporte: outros elementos também considerados significativos são a conceção, a localização e as condições em que se encontram as paragens e as estações. É importante que os bancos estejam em boas condições, bem como a iluminação das paragens. A localização das paragens também é um fator relevante, pois estas devem estar mais próximas umas das outras. Em relação às estações dos comboios e aos terminais dos autocarros devem ser de fácil acesso e para serem considerados amigos das pessoas idosas deviam ter rampas, escadas rolantes e casas de banho públicas.

11) Táxis: em alguns países os táxis são considerados como uma opção amiga das pessoas idosas por existir um preço reduzido, por os taxistas serem prestáveis e por fazerem um ótimo serviço. Noutras cidades são encarados diversos obstáculos como o preço, por ser considerado elevado, e não apresentam condições para as pessoas portadoras de deficiência, pois o táxi não tem espaço suficiente para uma cadeira de rodas ou andarilho, por exemplo.

12) Transporte comunitário: os serviços comunitários de transporte são também considerados um serviço amigo das pessoas idosas, por serem um transporte gratuito, disponibilizados através dos centros comunitário e das estruturas residenciais para os idosos, para que as pessoas possam ir ao médico, e à farmácia, por exemplo. Apresentando o exemplo de Londres, nesta cidade foi sugerida a implementação deste tipo de transporte comunitário, com autocarros completamente acessíveis e com motoristas com a devida formação.

13) Informação: a disponibilização de informação sobre os transportes, a forma como se os utiliza e os seus horários, é crucial para o bom funcionamento e para que as pessoas saibam como os mesmos funcionam.

14) Condições de condução: caso as pessoas não apresentem nenhum problema podem conduzir até quando lhes apetecer. Os maiores problemas detetados neste parâmetro incluem o trânsito intenso, as más condições das faixas rodoviárias, a fraca iluminação, a sinalização inadequada e o incumprimento do código da estrada.

15) Cortesia para com os condutores idosos: aos problemas já identificados é possível ainda incluir o desrespeito para com os condutores mais velhos, desencorajando-os muitas das vezes.

16) Estacionamento: os lugares de estacionamento prioritário destinados aos idosos e às pessoas portadoras de deficiência são considerados componentes amigos das pessoas idosas.

De acordo com Groff, Paire-ficout, Boucheix e Richard (2013) nas paragens dos transportes públicos, muitas das vezes os comunicados e informações de interrupções, por exemplo, são transmitidas por altifalantes. Muitas das pessoas que possam sofrer de problemas auditivos podem perder informações crucias relacionadas com a sua viagem. Assim, como forma de combater este flagelo, sugerem a criação de exibições visuais, em particular animações. Visto que pesquisas anteriores dos mesmos autores mostram que o envelhecimento é frequentemente associado a um declínio das habilidades cognitivas, como a diminuição da velocidade de processamento, a uma diminuição das habilidades de inibição e uma diminuição das habilidades viso espaciais, essas funções podem estar envolvidas em processos de compreensão gráficas (Groff et al., 2013).

Deste modo, é crucial a criação e implementação de mecanismos e estratégias que permitam que todas as pessoas possam compreender as informações associadas aos transportes públicos, bem como o acesso ser facilitado.

#### 2.3.4. Comunidade

Na perspetiva de *Ageing in Place*, o termo *place* é constituído por várias dimensões: i) física, relativa à casa ou à vizinhança; ii) social, que envolve as interações dos indivíduos; iii) emocional e psicológica, em relação ao sentimento de pertença e apego; e ainda iv) cultural, relativa aos valores, crenças, etnia e significados emblemáticos. Desta forma, a pessoa envelhece na sua casa e preserva a sua história e identidade (Bárrios, 2017; Iecovich, 2014). No mesmo sentido, a literatura em torno do conceito de *habitat* não se limita ao alojamento, adquirindo um sentido mais amplo, ao significar “o contexto de vida em que a pessoa se integra e do qual faz parte” (Machado, 2005: 282). Quer isto dizer que se refere não apenas à habitação, mas também à comunidade em que a pessoa se insere. Falamos do bairro, da família, amigos, vizinhos, congregações associativas e religiosas, incluindo as agências prestadoras de serviços (Bárrios, 2017; Iecovich, 2014).

Na verdade, as comunidades e os lugares precisam adaptar-se a uma realidade cada vez mais envelhecida e diversificada, adequando-se às necessidades, desejos e exigências das pessoas que envelhecem. O lugar conquista, portanto, uma posição de destaque na promoção de um envelhecimento na comunidade através da preocupação: i) com a adaptação da pessoa ao ambiente, ao longo do processo de envelhecimento; e ii) com a adequação dos lugares às carências de um número cada vez maior de pessoas mais velhas (Dijk, 2015).

A literatura em torno da criação de lugares favoráveis ao *Ageing in Place* conduz-nos às iniciativas amigas das pessoas idosas (*age-friendly*). Ora, se o aumento da idade pode expressar limitações da funcionalidade, como a diminuição da mobilidade, compreende-se a importância das medidas que tornam os espaços públicos, bairros e edifícios *age-friendly*. Isto porque a mobilidade determina a capacidade de os indivíduos continuarem ligados aos recursos e serviços da comunidade. Assim, é essencial demarcar um *design* que apoie a mobilidade e compreender de que forma as áreas locais se podem preparar para apoiar a saúde das populações que envelhecem (Yen & Anderson, 2012 cit pot Bárrios, 2017). Além disso, a segurança e adequação

dos espaços físicos podem ser determinantes para permitir/difícultar a participação (Bárrios, 2017; Frye, 2014).

De facto, já não é novidade que os ambientes acessíveis e seguros facilitam a prática de um estilo de vida saudável em todas as idades, podendo fazer a diferença entre a independência e a dependência de todas as pessoas. Contudo, são sobretudo importantes para os mais velhos em risco de isolamento social e pela maior suscetibilidade a quedas e lesões, requerendo uma exploração das características necessárias à adequação e conforto dos espaços (Bárrios, 2017; Berke et al., 2007). Com efeito, as políticas de *Ageing in Place* implicam uma dedicação por parte dos decisores políticos criatividade e inovação na adaptação do ambiente exterior e edifícios às pessoas, articulando os elementos da vida das pessoas mais velhas com os lugares, criando soluções integradoras da idade. A investigação do lugar na vida das pessoas mais velhas compreende questões de inclusão, equidade, na facilitação do acesso a uma ampla gama de oportunidades sociais, económicas e ambientais (Hockey, Phillips, & Walford, 2013).

A própria comunidade e serviços que integra podem ainda facilitar a conexão da habitação com o exterior, com o ambiente externo, através dos seus recursos. Os idosos mais vulneráveis dependem, assim, cada vez mais, dos recursos disponíveis no bairro para satisfazer as suas carências (Dijk, 2015). A evidência alerta-nos para perdas que as pessoas vão sofrendo ao longo da vida, bem como para a tendência de diminuição das redes sociais. Além disso, vão experimentando episódios de doença agudos e progressão de doenças crónicas, resultando em mudanças das suas necessidades. Se as necessidades vão mudando de uma forma contínua, também os serviços e recursos precisam acompanhá-las de forma eficiente (MetLife, 2013). Para tal, as comunidades precisam preparar-se para responder às necessidades dos mais velhos e frágeis, disponibilizando uma gama diversificada de serviços para todos os residentes, desenvolvendo ligações entre a gestão de cuidados, interações sociais, bem-estar (Bárrios, 2017).

Esta evolução de serviços tem de ultrapassar o fornecimento de refeições e transporte para se focar igualmente no planeamento e progresso das comunidades, com dispositivos que possibilitem aos mais isolados envelhecer nas suas casas e preservar a participação na sociedade nas diversas tipologias: cívica, recreativa, educativa, cultural, de saúde, política, religiosa, etc (Bárrios, 2017; Keyes et al., 2014; MetLife, 2013).

## CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

### 1. Definição da metodologia e objetivos

Como metodologia foi adotada uma abordagem mista, pois foram aplicados métodos quantitativos e qualitativos.

De acordo com Moraes e Neves (2007), a utilização dos dois métodos de análise torna-se bastante úteis para a investigação, porque orientam-se para diferentes tipos de questões. Na recolha de dados o uso destes dois procedimentos metodológicos está associado às formas de construção do inquérito. Para a abordagem quantitativa, o inquérito tem questões fechadas, ao contrário da abordagem qualitativa que apresenta questões abertas.

Esta forma de apresentação das questões influenciou a forma de tratamento dos resultados, em que na abordagem quantitativa os dados foram analisados estatisticamente, enquanto que na abordagem qualitativa os dados foram analisados através de análise de conteúdo.

A partir da metodologia adotada, pretendeu-se operacionalizar os objetivos estabelecidos, sendo o objetivo geral: conhecer as estratégias que as pessoas com 65 e mais anos utilizam para permanecerem nas suas habitações o maior tempo possível e a forma como mobilizam os recursos que tem à sua disposição.

Relembrando o objetivo geral, foram delineados os objetivos específicos da investigação, dos quais se pretende:

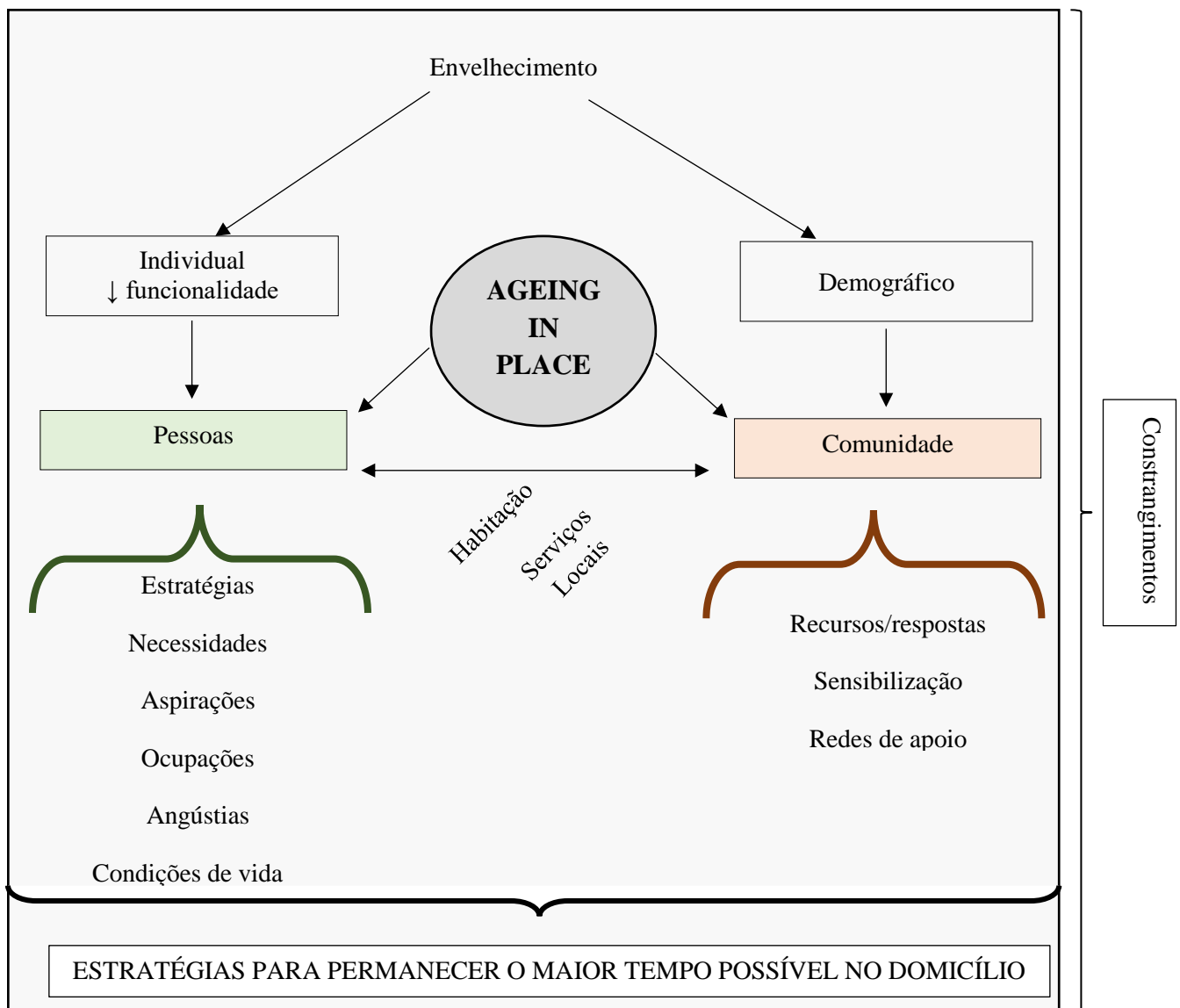
- i) Caracterizar o território do concelho de Portimão em termos sociodemográficos;
- ii) Caracterizar a população do concelho de Portimão com 65 e mais anos do ponto de vista da saúde e das condições em que envelhecem;
- iii) Identificar as estratégias que as pessoas utilizam para permanecer nas suas habitações;
- iv) Identificar as necessidades diárias das pessoas;
- v) Identificar as aspirações e angústias da população, conhecendo como se projetam e se preparam para o futuro;
- vi) Entender que recursos a população tem à sua disposição.

## 2. Seleção da amostra

A investigação foi realizada no concelho de Portimão, junto de pessoas com 65 e mais anos, não-institucionalizadas e que viviam em diferentes condições de saúde e sociais, sendo estes quatro fatores os únicos critérios de inclusão para a investigação. No total foram realizadas cinquenta entrevistas a pessoas que cumprissem estes mesmos critérios.

A amostra foi selecionada por conveniência, a pessoas que se disponibilizaram para colaborar com a pesquisa, através de uma metodologia de bola de neve, procurando reunir ambos os géneros.

### 2.1. Modelo de Análise



### 3. Instrumentos de recolha e tratamento dos dados

No que diz respeito à recolha dos dados, percebemos já que se inquiriu uma população. Para tal, foi adotada a técnica da entrevista semiestruturada, com o auxílio de um questionário construído para o efeito, produzindo questões acordo com os objetivos da investigação (anexo II). A recolha dos dados foi realizada por saturação da amostra às pessoas com 65 e mais anos do concelho de Portimão.

Na fase de análise de dados, estes foram tratados através de duas formas diferentes. Em relação às questões fechadas (abordagem quantitativa), foi utilizado o programa de análise estatística IBM SPSS Statistics 25, permitindo a análise estatística uni e bivariada, representada através de tabelas e gráficos simplificadores da interpretação. No que toca às questões abertas (abordagem qualitativa), estas foram sujeitas à técnica da análise de conteúdo, em que foram criadas categorias, construindo-se igualmente gráficos e tabelas que facilitam a análise da informação.



### CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

#### 1. Portimão, um concelho em estudo

O concelho em estudo localiza-se no extremo sudoeste da Europa e no Sul de Portugal, nomeadamente no Barlavento Algarvio. A norte é limitado pela serra de Monchique, a leste por Silves e Lagoa, a oeste por Lagos, e a sul pelo oceano Atlântico.

É constituído por três freguesias, nomeadamente a de Portimão, Alvor e Mexilhoeira Grande. Ocupa uma área total de 182,1 km<sup>2</sup>, em 2011 apresentava uma densidade populacional de cerca de 305,5 hab/km<sup>2</sup>. Dos quais 55614 residentes no concelho, em 2011, 28761 são do sexo feminino e 26853 do sexo masculino (*Diagnóstico Social de Portimão*, 2012).

**Tabela 2 - População residente, segundo o escalão etário**  
Concelho de Portimão – Ano 2011

Escalão Etário	Sexo			
	HM	%HM	H	M
0 a 14 anos	8715	15,6	4441	4274
15 a 24 anos	5687	10,2	2954	2733
25 a 64 anos	31008	55,7	14946	16062
65+ anos	10204	18,3	4512	5692
Total	55614	100%	26853	28761
Fonte: INE, Censos 2011				

No que diz respeito ao escalão etário dos 65 + anos, do total de 55614 residentes do concelho, 10204 corresponde a este escalão. Quer isto dizer que 18,3% da população residente do concelho de Portimão tem 65 e mais anos. Comparando este escalão com o escalão dos 25 a 64 anos (55,7%), a diferença apresentada é significativa, mas com o decorrer do tempo a percentagem de pessoas com 65 e mais anos será maior que todas as outras, visto que a tendência é que a população seja cada vez mais envelhecida.

**Tabela 3 - Indicadores de envelhecimento**

	Período de referência dos dados	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de longevidade
<b>Portimão</b>	2013	109,7	28,5	47,2
<b>Portugal</b>	2013	133,5	29,9	27,7

Fonte: INE, PORDATA

O índice de envelhecimento consiste no número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor maior do que 100 significa que existem mais idosos do que jovens e um valor inferior a 100 significa que existem menos idosos do que jovens (PORDATA). A partir da análise da tabela 3 é possível constatar que, ainda que este índice seja inferior à média do país, está acima dos 100, o que significa que existem mais idosos do que jovens no concelho estudado.

Em relação ao índice de dependência de idosos, caracteriza-se pelo número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa (com 15 a 64 anos). Desta forma, um valor inferior significa que existe menos idosos do que pessoas em idade ativa. Ainda que este valor não seja muito elevado quando comparado com a realidade do país, os valores são muito idênticos, o que reflete o progressivo envelhecimento da população.

No que diz respeito ao último indicador referido, o índice de longevidade, é possível caracterizá-lo como o número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Quanto mais alto é o valor, mais envelhecida é a população. Portimão, em 2013, apresentava 47,2 idosos de 75 e mais anos por cada 100 de 65 e mais anos. Este valor comparado com o de Portugal é bastante elevado o que reflete, mais uma vez, a existência de muitos idosos e o acentuado envelhecimento da população.

Em relação aos serviços e atividades municipais do concelho, de acordo com a Câmara Municipal de Portimão, esta dispõe do serviço de ação social e saúde - neste serviço o município tem realizado um investimento considerável na área social, nomeadamente ao nível de diferentes programas de apoio à infância, terceira idade, pessoas portadoras de deficiências, bem como minorias étnicas, com o intuito de produzir condições humanas e técnicas competentes de responder às necessidades de apoio a todos os munícipes.

Como tal, presta apoio à deficiência; à infância; a instituições/associações com intervenção na área social; à população imigrante; à população mais velha; a associações com ação no âmbito da solidariedade e ação social; o atendimento e apoio social de proximidade; o atendimento e apoio social integrado; a IPSS; à rede social e na saúde.

Dispõe também de outros serviços que, no seu conjunto, influenciam a vida dos munícipes, como: o aeródromo municipal; o arquivo municipal; o balcão único; o cemitério; o centro de documentação e arquivo histórico; o departamento de desporto e juventude; a educação – setor público: 13 jardins de infância, 9 escolas de 1º ciclo do ensino básico, 1 escola EBI – ensino integrado 1ºCEB e 2º e 3º CEB, 5 escolas do 2º e 3º CEB, 1 escola do ensino básico e secundário e 2 escolas secundárias, setor privado: 9 estabelecimentos de educação pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico, 2 escolas profissionais e dois polos universitários; geoportal; habitação - 4 bairros sociais; mercado municipal; museu municipal; Portimão Arena/ Parque de Feiras e Exposições, para feiras e espetáculos; proteção civil; regeneração urbana; teatro municipal e transporte público – Vai e vem: 18 linhas de transporte.

O concelho dispõe ainda de um hospital público e dois privados, de dois centros de saúde, e 13 farmácias.

Quanto a superfícies comerciais, existem 3 centros comerciais, cerca de 9 hipermercados e diversos minimercados.

## 2. Resultado do inquérito à população

### 2.1. Caracterização da amostra

A amostra para a investigação, como referido anteriormente foi selecionada por conveniência e saturação da mesma. A amostra foi, então, constituída por pessoas que vivam no concelho de Portimão com 65 e mais anos, não-institucionalizadas e que vivam em diferentes condições de saúde e sociais.

Numa primeira abordagem aos inquiridos foi-lhes explicado qual era o objetivo da entrevista e consentido a autorização para a realização e gravação da entrevista.

A amostra reúne 50 pessoas, com idades entre os 65 e os 91 anos, 46% da amostra tem em entre 65 e 75 anos, 42% tem entre os 75 e 84 anos e apenas 12% apresenta uma idade igual ou superior a 85 anos (tabela 1, anexo III). Em relação ao

género, a amostra alcança um bom equilíbrio, com 25 pessoas do género feminino e as restantes 25 pessoas do género masculino (tabela 2, anexo III).

Tentando perceber se as classes de idade diferiam na variável género, apesar das diferenças não ser estatisticamente significativas<sup>8</sup>, na tabela 4 é possível observar uma discrepância dos indivíduos inseridos na classe dos 85+ anos (12% no total). Apenas 4% das mulheres estão inseridas na classe dos 85+ anos, já os homens, a percentagem com 85+anos é de 20%.

Tabela 4 -Classes de Idade e Género da amostra					
		Classes de idade			Total
		65-74	75-84	85+	
Feminino	Contagem	12	12	1	25
	% em Género	48,0%	48,0%	<b>4,0%</b>	100,0%
	% do Total	24,0%	24,0%	2,0%	50,0%
Masculino	Contagem	11	9	5	25
	% em Género	44,0%	36,0%	<b>20,0%</b>	100,0%
	% do Total	22,0%	18,0%	10,0%	50,0%
% do Total	Contagem	23	21	6	50
	% do Total	46,0%	42,0%	<b>12,0%</b>	100,0%

À questão do estado civil, o que mais prevaleceu foi o de casado, tendo 62% dos inquiridos respondido que era casado, 20% viúvo, 14% divorciado e 4% respondeu que era solteiro (tabela 3, anexo III).

Cruzando o estado civil com o género da amostra, na tabela 5 é possível observar que, quer no género feminino quer no masculino, os resultados do estado civil são muito semelhantes, destacando um predomínio dos indivíduos casados: 64% dos homens e 60% das mulheres.

<sup>8</sup> Mann-Whitney Test, p=0,418

Tabela 5 - Género e Estado Civil da amostra						
		Estado Civil				Total
		Casado	Divorciado	Viúvo	Solteiro	
Feminino	Contagem	15	4	5	1	25
	% em Género	60,0%	16,0%	20,0%	4,0%	100,0%
	% do Total	30,0%	8,0%	10,0%	2,0%	50,0%
Masculino	Contagem	16	3	5	1	25
	% em Género	64,0%	12,0%	20,0%	4,0%	100,0%
	% do Total	32,0%	6,0%	10,0%	2,0%	50,0%
% do Total	Contagem	31	7	10	2	50
	% do Total	62,0%	14,0%	20,0%	4,0%	100,0%

Seguidamente cruzamos o estado civil com as classes de idade (tabela 6). Foi possível concluir que 82% das pessoas na classe 65-74 anos são casadas; na classe dos 75-84 anos com 47,6% também são casadas; na classe de 85 e mais anos o estado civil que predomina é o viúvo, com 66,7%.

Tabela 6 - Classes de Idade e Estado Civil da amostra						
		Estado Civil				Total
		Casado	Divorciado	Viúvo	Solteiro	
65-74	Contagem	19	3	0	1	23
	% em Classes	<b>82,6%</b>	13,0%	0,0%	4,3%	100,0%
	% do Total	38,0%	6,0%	0,0%	2,0%	46,0%
75-84	Contagem	10	4	6	1	21
	% em Classes	<b>47,6%</b>	19,0%	28,6%	4,8%	100,0%
	% do Total	20,0%	8,0%	12,0%	2,0%	42,0%
85+	Contagem	2	0	4	0	6
	% em Classes	33,3%	0,0%	<b>66,7%</b>	0,0%	100,0%
	% do Total	4,0%	0,0%	8,0%	0,0%	12,0%
% do Total	Contagem	31	7	10	2	50
	% do Total	62,0%	14,0%	20,0%	4,0%	100,0%

A maior parte dos inquiridos vive com os seus cônjuges/ companheiros (44%), 24% vive sozinho, 20% vive com o cônjuge e familiares e apenas 6% vive com familiares (tabela 4, anexo III). Em relação ao número do agregado familiar, a maioria (52%) dos agregados é composta por 2 membros, 24% é composta por uma pessoa, correspondendo aos 24% de inquiridos que vivem sozinhos (tabela 7).

Tabela 7 - Nº do agregado familiar			
		Frequência	Percentagem
Nº do agregado familiar	1	12	24,0
	2	26	52,0
	3	4	8,0
	4	6	12,0
	6	1	2,0
	9	1	2,0
	Total	50	100,0

Quanto ao nível de escolaridade, tal como se representa na tabela 12, 50% da amostra tinha completado o 1º Ciclo de estudos, 10% o 2ºCiclo, 4% o 3ºCiclo, 8% completou o Ensino Secundário e 12% tinha estudos superiores, desde de licenciatura a doutoramento. É possível concluir que a maioria da amostra é pouco escolarizada e que 16% dos inquiridos não tinha completado nenhum grau de escolaridade.

Tabela 8 - Nível de Escolaridade							
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ensino Secundário	Ensino Superior	Não estudou	Total
<b>Frequência</b>	25	5	2	4	6	8	50
<b>%</b>	50%	10%	4%	8%	12%	16%	100%

Cruzando os dados de género com o nível de escolaridade (tabela 9), é possível observar que o nível de instrução do género feminino é inferior masculino<sup>9</sup>. A maioria (68%) das pessoas do género feminino apenas completou o 1ºciclo e 20% não estudou. Ainda que no género masculino 32% tenha completado o 1ºciclo, destaca-se 16% para o ensino secundário e 16% para o ensino superior.

<sup>9</sup> As diferenças não são estatisticamente significativas. Mann-Whitney Test, p=0,126

Tabela 9 - Género e Nível de Escolaridade da amostra								
		Nível de escolaridade						Total
		1ºciclo	2ºciclo	3ºciclo	Ensino secundário	Ensino superior	Não estudou	
Feminino	Contagem	17	0	1	0	2	5	25
	% em Género	68,0%	0,0%	4,0%	0,0%	8,0%	20,0%	100,0%
	% do Total	34,0%	0,0%	2,0%	0,0%	4,0%	10,0%	50,0%
Masculino	Contagem	8	5	1	4	4	3	25
	% em Género	32,0%	20,0%	4,0%	16,0%	16,0%	12,0%	100,0%
	% do Total	16,0%	10,0%	2,0%	8,0%	8,0%	6,0%	50,0%
% do Total	Contagem	25	5	2	4	6	8	50
	% do Total	50,0%	10,0%	4,0%	8,0%	12,0%	16,0%	100,0%

Em termos de situação perante o emprego, a grande maioria das pessoas (92%) já se encontra reformada (tabela 5, anexo III). Apenas 6%, que corresponde a três pessoas, ainda mantém uma atividade laboral<sup>10</sup> (tabela 6, anexo III). O motivo da reforma de 72% das pessoas foi a idade, entre os 60 e 67 anos, 12% reformou-se por doença/ invalidez e 8% através de reforma antecipada (tabela 7, anexo III).

Por fim, em relação à última profissão, na panóplia apresentada as mais frequentes foram: empregadas domésticas (16%), dos construtores civis (10%) e das empregadas de balcão (4%) e vendedoras (4%), (tabela 8, anexo III).

## 2.2. Apresentação dos resultados das condições de envelhecimento e estratégias para o AiP

### 2.2.2. Habitação

No que concerne à habitação, tal como se representa na (tabela 9, anexo III), 92% dos inquiridos possui a sua própria habitação, 6% vive numa casa arrendada e apenas 2% vive em casa de familiares. Metade dos inquiridos, 50%, vivem numa moradia, 38% vive num apartamento e os restantes 12% habitam numa vivenda (tabela 10, anexo III).

<sup>10</sup> Nesta variável existe um dado omissos, que corresponde a um dos inquiridos que não respondeu a esta questão por nunca ter exercido nenhuma atividade laboral

Em relação à existência de jardim ou quintal na habitação, 56% afirma ter (tabela 11, anexo III). No caso da necessidade de subir escadas, a maioria dos inquiridos, 62%, diz que não necessita, no entanto 38% necessita subir muitas escadas (tabela 12, anexo III).

No que toca às divisões da habitação, 82% das habitações dos inquiridos tem mais de quatro divisões, 14% tem entre duas a três divisões e apenas 4% tem até uma divisão (tabela 13, anexo III).

Em termos de acessibilidade e segurança da habitação 74% dos inquiridos está satisfeito, 18% está muito satisfeito, 6% está insatisfeito e apenas 2% considera estar completamente satisfeito (tabela 14, anexo III).

À questão da conservação da habitação, 60% considera que a sua habitação está em bom estado de conservação, 16% considera razoável, 12% afirma que está em muito bom estado de conservação, e os restantes 12% diz que a habitação precisa de pequenas intervenções (tabela 15, anexo III).

Quando perguntado “Que alterações faria na sua habitação?”, 36% respondeu que não fazia nenhuma alteração; 20% realizava alterações a nível do conforto, nomeadamente pintura quer no exterior quer no interior da habitação, decoração, e alterava o sistema do gás; 12% alterava a casa de banho, trocava a banheira pelo poliban; 8% já alterou grande parte da habitação; 4% alterava o pavimento; 2% já alterou a casa de banho; 2% tentou colocar um elevador no corrimão das escadas; 2% melhorava o acesso exterior à habitação; 2% melhorava o quintal, e por fim 12% não apresenta relevância (gráfico 1, anexo IV).

No que diz respeito, se a habitação reúne as condições necessárias para habitar em segurança durante mais anos, 96% afirma que sim, e apenas 2% dizem que não (tabela 16, anexo III).

Cruzando os dados do género com a variável “Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança?”, é possível observar que 8% das mulheres consideram que a sua habitação não reúne as condições necessárias. Por outro lado, 100% dos homens consideram sim, mas quando lhes é perguntado o estado de conservação da habitação, 16% dos homens responde que necessita de pequenas intervenções (tabela 10)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Diferenças estatisticamente não significativas. Qui-quadrado Test com  $p=0,601$



Tabela 10 - Género e "Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança?"

		Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança?		Total	
		Sim	Não		
Fem.	Contagem	23	2	25	
	% em Género	92,0%	<b>8,0%</b>	100,0%	
	% do Total	46,0%	4,0%	50,0%	
Masc.	Contagem	25	0	25	
	% em Género	<b>100,0%</b>	0,0%	100,0%	
	% do Total	50,0%	0,0%	50,0%	
		Contagem	48	2	50
		% do Total	96,0%	4,0%	100,0%

Em relação ao desejo das pessoas permanecerem nas suas próprias habitações, 98% deseja permanecer na sua habitação, e 2% afirma não querer permanecer na sua própria habitação (tabela 17, anexo III).

Ao cruzarmos os dados do género com a variável “Deseja permanecer na sua habitação?”, observa-se que 100% das mulheres afirmam desejam permanecer na própria habitação, no género masculino constata-se que 4%, que corresponde a um homem, confessa que não deseja permanecer na sua habitação (tabela 18, anexo III)<sup>12</sup>.

À questão “O que o/a levaria a sair da sua habitação? E que opções tomaria?”, 24% afirma que não encontra motivo para sair da sua habitação; outros 24% diz que só saiam da sua casa devido a problemas de saúde; 16% responde que o que o levaria a sair da sua habitação seria não ter as condições necessárias; 8% confessa que só a morte ou o enterro o levaria a sair da sua habitação; 2% afirma que não quer sair da sua habitação, em caso de necessidade contrataria alguém para o auxiliar no dia-a-dia; outros 2% refere que a solidão é um fator que o levava a sair da sua habitação, e 10% não apresenta relevância (gráfico 2, anexo IV). Para a segunda parte da pergunta, as opções, 24% responde que se saísse da sua habitação a opção a tomar seria ir para uma ERPI; 10% afirma que para sair da habitação onde se encontram só se mudavam para outra habitação quer fosse alugada ou comprada; 8% iria para a casa dos filhos; outros

<sup>12</sup> Diferenças estatisticamente não significativas, Qui-quadrado Test com  $p=0,312$

8% não sabe que opções tomar; 4% responde que iria para o hospital, e 4% contratava uma empregada (gráfico 3, anexo IV).

A última questão deste grupo, que pretende saber quais são as estratégias que as pessoas utilizam para permanecerem mais tempo na própria habitação 42% das respostas revelam ser ativo; 14% alterações estruturais; 8% ajuda de familiares e/ou empregados; 6% ler, escrever, ver televisão e filmes; 6% conservar a habitação; 4% ter saúde, e por fim, 20% ainda não pensou sobre o assunto e não apresenta relevância (gráfico 4, anexo IV).

### 2.2.3. Serviços/ Saúde

Na questão dos serviços integrados e de saúde, 62% não conhece os serviços que auxiliam as pessoas na sua própria habitação, apenas 38% dos inquiridos afirma ter conhecimento (tabela 19, anexo III). Dos serviços que existem na comunidade 36% destaca a Santa Casa da Misericórdia e 2% a Segurança Social (tabela 20, anexo III).

Nenhum dos inquiridos usufrui de nenhum tipo de ajuda/ serviço domiciliário (tabela 21, anexo III).

No que toca à forma como descrevem a saúde, 46% descreve como razoável, 30% afirma ser boa, 16% descreve como má, apenas 6% descreve como excelente e 2% como muito boa (tabela 22, anexo III).

Cruzando as classes de idade com a variável “Como descreve a sua saúde?”, é possível observar que na classe 65-74 anos 47,8% descreve como razoável, na classe 75-84 anos 47,6% também descreve como razoável, na classe 85+ anos 50% descreve como má<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Diferenças estatisticamente não significativas, Kruskal Wallis Test com  $p=0,076$

Tabela 11 - Classes de Idade e "Como descreve a sua saúde?"

		Como descreve a sua saúde?					Total
		Excele nte	Muito boa	Boa	Razoá vel	Má	
<b>65-74</b>	Contagem	1	1	9	11	1	23
	% em Classes	4,3%	4,3%	39,1%	<b>47,8%</b>	4,3%	100,0 %
	% do Total	2,0%	2,0%	18,0%	22,0%	2,0%	46,0%
<b>75-84</b>	Contagem	2	0	5	10	4	21
	% em Classes	9,5%	0,0%	23,8%	<b>47,6%</b>	19,0%	100,0 %
	% do Total	4,0%	0,0%	10,0%	20,0%	8,0%	42,0%
<b>85+</b>	Contagem	0	0	1	2	3	6
	% em Classes	0,0%	0,0%	16,7%	33,3%	<b>50,0%</b>	100,0 %
		0,0%	0,0%	2,0%	4,0%	6,0%	12,0%
<b>% do</b>	Contagem	3	1	15	23	8	50
<b>Total</b>	% do Total	6,0%	2,0%	30,0%	46,0%	16,0%	100,0 %

Seguindo o fator saúde, 62% dos inquiridos afirma que sofre de alguma doença ou limitação diagnóstica pelo seu médico, e 38% diz não sofrer de nenhum problema (tabela 23, anexo III). As doenças/ limitações diagnósticas são: 16% problemas de coluna; 12% hipertensão; 10% diabetes; 6% cada doença – artroses e problemas respiratórios; 4% cada uma – problemas de coração, problemas de audição, de visão, próteses nas pernas, problemas de ansiedade e problemas oncológicos, e por fim, com 2% cada doença – espondilose, colesterol, alzheimer, problemas da próstata, osteoporose, problemas de estômago, incontinência, problemas de tiroide, gastrite crónica, problemas do sistema nervoso, trombofilia e parkinson (tabela 24, anexo III).

Em relação à medicação, 74% dos inquiridos afirma tomar e 26% não toma nenhum tipo de medicação (tabela 25, anexo III). Dos inquiridos que afirmaram tomar medicação, 38% toma medicação para a hipertensão; 12% cada uma – medicação para a diabetes, para a próstata e para o colesterol; 8% toma medicação para o estômago; 6% cada uma – medicação para os nervos, para problemas de coração e bombas de oxigénio; 4% cada, surge medicação para problemas de audição, para a tiroide e para problemas oncológicos; por fim, com 2% cada – medicação para problemas de coluna, para o ácido úrico, medicação para dormir, para a circulação, para o sistema imunitário, vitaminas, para o *Alzheimer*, pingos para os olhos, para a cartilagem, para a ansiedade,

para a gastrite, calmantes, aspirinas para o sangue, antidepressivos e para o *Parkison* (tabela 26, anexo III).

À última questão deste grupo, “Com que frequência considera que a sua idade o impede de fazer coisas que gostaria de fazer?”, 50% das respostas foi nunca, ou seja, para metade dos inquiridos a idade nunca foi o fator que os impedisse de deixar de realizar determinadas atividades, 18% respondeu muitas vezes, 14% às vezes, 14% raramente, e por fim, uma minoria de 4% respondeu sempre (tabela 27, anexo III).

Cruzando os dados da variável “Com que frequência considera que a sua idade o impede de fazer coisas que gostaria de fazer?” com a classes de idade, é possível verificar que na classe 65-74 anos 69,6% das pessoas nunca sentiu que idade os impedisse de realizar tarefas; na classe 75-84 anos, os dados já se apresentam mais distribuídos, apesar de 42,9% ter respondido nunca, observa-se que 23,8% das pessoas já considera que a sua idade as impede muitas vezes de realizar tarefas; e na classe 85+ anos observa-se que 50% respondeu também que a sua idade impede muitas vezes de fazer coisas que gosta (tabela 12).

Estas diferenças foram estatisticamente muito significativas, através do Kruskal Wallis Test, com  $p=0,001$ .

Tabela 12 - Classes de idade e "Com que frequência considera que a sua idade o impede de fazer coisas que gostaria de fazer?"

		Com que frequência considera que a sua idade o impede de fazer coisas que gostaria de fazer?					Total
		Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	
65-74	Contagem	0	1	3	3	16	23
	% em Classes	0,0%	4,3%	13,0%	13,0%	<b>69,6%</b>	100,0%
	% do Total	0,0%	2,0%	6,0%	6,0%	32,0%	46,0%
							%
75-84	Contagem	1	5	2	4	9	21
	% em Classes	4,8%	<b>23,8%</b>	9,5%	19,0%	<b>42,9%</b>	100,0%
	% do Total	2,0%	10,0%	4,0%	8,0%	18,0%	42,0%
							%
85+	Contagem	1	3	2	0	0	6
	% em Classes	16,7%	<b>50,0%</b>	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	% do Total	2,0%	6,0%	4,0%	0,0%	0,0%	12,0%
							%
	Contagem	2	9	7	7	25	50
	% do Total	4,0%	18,0%	14,0%	14,0%	50,0%	100,0%

#### 2.2.4. Transportes

Na dimensão dos transportes, 38% dos inquiridos afirma utilizar habitualmente o carro próprio, 30% utiliza os transportes públicos, 16% afirma andar a pé, 12% utiliza os transportes de familiares e 4% usa habitualmente mota (tabela 28, anexo III).

Cruzando a classe de idades com o transporte que usa habitualmente (tabela 13), podemos constatar que na classe 65-74 anos as pessoas usam habitualmente o carro próprio (56,5%), e nas classes 75-84 anos e 85+ anos usam habitualmente os transportes públicos (38,1% e 50% respetivamente).

Tabela 13 - Classes de idade e "Qual o tipo de transporte que usa habitualmente?"							
		Qual o tipo de transporte que usa habitualmente?					Total
		Carro próprio	Viaturas de familiares	Mota	A pé	Transportes públicos	
65-74	Contagem	13	3	2	1	4	23
	% em Classes	<b>56,5%</b>	13,0%	8,7%	4,3%	17,4%	100,0%
	% do Total	26,0%	6,0%	4,0%	2,0%	8,0%	46,0%
75-84	Contagem	6	3	0	4	8	21
	% em Classes	28,6%	14,3%	0,0%	19,0%	<b>38,1%</b>	100,0%
	% do Total	12,0%	6,0%	0,0%	8,0%	16,0%	42,0%
85+	Contagem	0	0	0	3	3	6
	% em Classes	0,0%	0,0%	0,0%	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	100,0%
	% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	6,0%	6,0%	12,0%
Contagem		19	6	2	8	15	50
% do Total		38,0%	12,0%	4,0%	16,0%	30,0%	100,0%

Ao cruzarmos os transportes com o género, é possível verificar que 40% das mulheres utiliza os transportes públicos, enquanto que 52% dos homens usa habitualmente o carro próprio (tabela 29, anexo III).

Em relação às pessoas que utilizam transportes públicos, à questão relativa à frequência de utilização, 18% dos inquiridos utiliza às vezes, 8% muitas vezes, e 4% utiliza sempre (tabela 30, anexo III).

À questão “a rede de transporte existente corresponde às suas necessidades diárias?”, 18% afirma que a rede de transportes existentes corresponde às necessidades e 12% afirma que não corresponde (tabela 31, anexo III).

Cruzando as classes de idade com a variável “a rede de transporte existente corresponde às suas necessidades diárias?”, na classe 65-74 anos 75% afirma que sim, na classe 75-84 anos 62,5% afirma que não e na classe 85+ anos todas as pessoas desta

classe afirmam que a rede de transporte corresponde às suas necessidades (tabela 32, anexo III) <sup>14</sup>.

Na última questão do grupo dos transportes, “que alterações faria para melhorá-la?”, 14% dos inquiridos confessam que deveria de voltar a existir transportes ao fim-de-semana, 8% gostavam que os trajetos fossem mais diretos e com mais frequência, e por fim, os restantes 8% afirmam que não alteravam anda (gráfico 5, anexo IV).

#### 2.2.5. Comunidade

No que toca aos resultados da dimensão da comunidade, em relação à segurança 78% dos inquiridos estão satisfeitos, 12% estão muito satisfeitos, 6% completamente satisfeitos e apenas 4% estão insatisfeitos (tabela 33, anexo III).

À questão “Considera que a sua comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu dia-a-dia?”, 92% dos inquiridos afirma que sim e 8% confessa que não (tabela 34, anexo III).

Cruzando a classe de idades com a variável “Considera que a sua comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu dia-a-dia?”, na classe 65-74 anos 13% dos inquiridos afirma que não; na classe 75-84 anos 95,2% afirma que sim, e na classe dos 85+ anos 100% das pessoas também afirma que a comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu quotidiano (tabela 14)<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Diferenças estatisticamente não significativas, Kruskal Wallis Test com  $\alpha=0,15$

<sup>15</sup> Diferenças estatisticamente não significativas, Kruskal Wallis Test com  $p=0,453$

Tabela 14 - Classes de idade e "Considera que a sua comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu dia-a-dia?"				
		Considera que a sua comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu dia-a-dia?		Total
		Sim	Não	
65-74	Contagem	20	3	23
	% em Classes	87,0%	<b>13,0%</b>	100,0%
	% do Total	40,0%	6,0%	46,0%
75-84	Contagem	20	1	21
	% em Classes	<b>95,2%</b>	4,8%	100,0%
	% do Total	40,0%	2,0%	42,0%
85+	Contagem	6	0	6
	% em Classes	<b>100,0%</b>	0,0%	100,0%
	% do Total	12,0%	0,0%	12,0%
Total	Contagem	46	4	50
	% do Total	92,0%	8,0%	100,0%

Os inquiridos que consideram que a comunidade não dispõe dos recursos necessários destacam em falta uma enfermaria, lares e lugares de convívio, um talho, e um inquirido confessa que lhe falta tudo visto que vive numa zona considerada rural (tabela 35, anexo III).

Neste grupo foi questionado aos inquiridos como classificam a relação que mantêm com os seus vizinhos, em que 68% considera boa, 16% razoável, 8% considera excelente, 6% muito boa e 2% considera que a mantem uma má relação (tabela 36, anexo III).

Cruzando o género com a relação que mantém com os vizinhos, 72% das mulheres mantem uma boa relação, no género masculino 64% também mantem uma boa relação e 12% mantem uma relação excelente (tabela 15)<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Diferenças estatisticamente não significativas, Mann-Whitney Test com  $p=0,916$



Tabela 15 - Género e "Como classifica a relação que mantém com os seus vizinhos?"

		Como classifica a relação que mantém com os seus vizinhos?					Total
		Excel ente	Muito boa	Boa	Razoá vel	Má	
Feminino	Contagem	1	2	18	3	1	25
	% em Género	4,0%	8,0%	<b>72,0</b> %	12,0%	4,0%	100,0 %
	% do Total	2,0%	4,0%	36,0%	6,0%	<b>2,0%</b>	50,0 %
Masculino	Contagem	3	1	16	5	0	25
	% em Género	<b>12,0</b> %	4,0%	<b>64,0</b> %	20,0%	0,0%	100,0 %
	% do Total	6,0%	2,0%	32,0%	10,0%	0,0%	50,0 %
	Contagem	4	3	34	8	1	50
	% do Total	8,0%	6,0%	68,0%	16,0%	2,0%	100,0 %

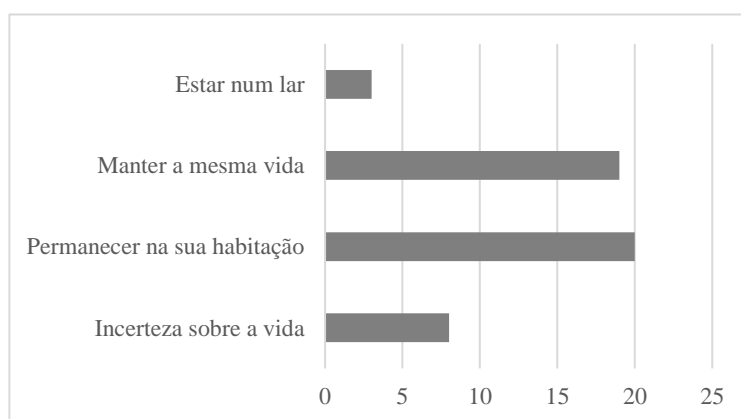
Numa primeira análise, os 2% que afirma manter uma relação má, podemos concluir que corresponde a uma pessoa do género feminino com idade entre os 65 e 74 anos.

Por fim, à questão “como é que ocupa diariamente os seus dias?”, 20% dos inquiridos ocupa os seus dias com o trabalho doméstico, 18,6% ocupa-se a ver televisão, ler, escrever, ouvir música, fazer *tricot* ou jogos de palavras, 15,7% ocupa-se do trabalho, quer a tempo inteiro quer a *part-time*, 12,9% prefere ocupar o seu tempo a passear, conviver com familiares, amigos ou vizinhos, 11,4% faz caminhadas, 8,6% ocupa-se a cuidar dos netos e/ou de outros familiares, 4,3% bricolage, 2,9% ocupa o seu tempo em atividades e jogos sociais, 2,9% com trabalhos agrícolas e pecuária, e 2,9% ocupa o seu tempo com a prática de atividade física (gráfico 7, anexo IV).

### 2.2.6. Aspirações/ Angústias

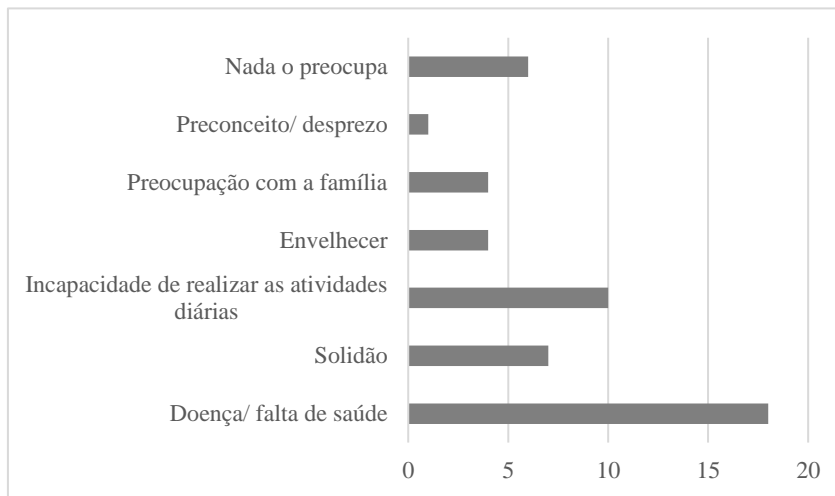
No último grupo do questionário, foram colocadas três questões, a primeira foi “Onde é que se imagina daqui a cinco/dez anos?”, a segunda foi “O que é que mais o/a preocupa com o avançar da idade?”, e a terceira e última foi “O que gostaria de fazer para envelhecer/viver com mais qualidade de vida e bem-estar?”. Em relação à primeira questão 40% dos inquiridos deseja permanecer na sua habitação, 38% imagina-se com a mesma vida, 16% demonstram uma incerteza sobre a vida, e por fim 6% dos inquiridos afirmam que daqui a cinco/dez anos imaginam que estejam num lar de idosos (gráfico 1).

*Gráfico 1 - Onde é que se imagina daqui a cinco/dez anos?*



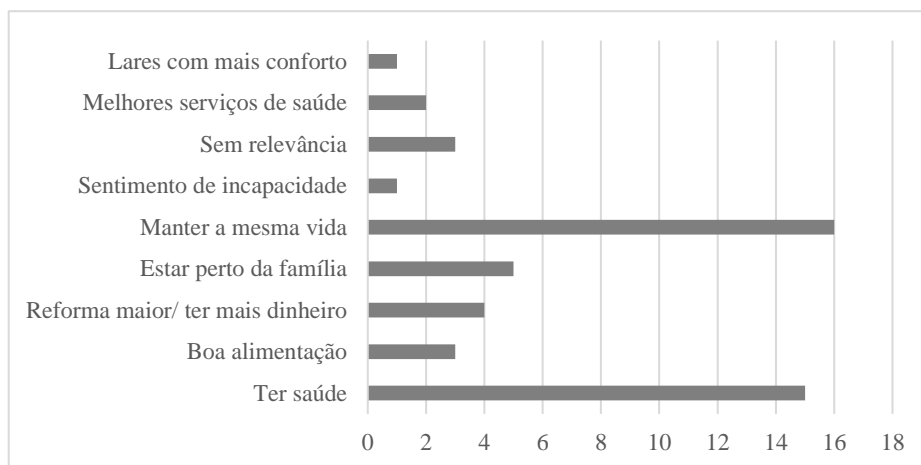
No que toca às preocupações, 36% dos inquiridos confessa que o que os mais preocupa com o avançar da idade são as doenças e a falta de saúde, 20% afirma que é a incapacidade de realizar as atividades diárias, 14% responde que o que mais o preocupa é a solidão, 12% dos inquiridos diz que nada os preocupa, 8% apresenta preocupação com a família, 8% confessa que o que mais preocupa é o simples facto de estar a envelhecer, e por fim, 2% afirma que o que mais o preocupa é o preconceito e o desprezo que as pessoas tem pela população mais velha (gráfico 2).

*Gráfico 2 - O que é que mais o/a preocupa com o avançar da idade?*



Por fim, na última questão, 32% dos inquiridos afirma que deseja manter a mesma vida; 30% dos inquiridos responde ter mais saúde; 10% deseja estar perto da família; 8% responde ter uma reforma maior/ter mais dinheiro; 6% boa alimentação; 4% deseja melhores serviços de saúde; 2% revela na sua resposta sentimento de incapacidade; 2% deseja que se criem lares com mais conforto, e 6% sem relevância (gráfico 3).

*Gráfico 3 - O que precisa para ter mais qualidade de vida e bem-estar?*



### 3. Discussão dos resultados

Após terem sido apresentados os resultados obtidos da investigação, neste ponto os mesmos serão analisados e refletidos, destacando os resultados mais significativos e equiparando com a revisão da literatura.

Da amostra de 50 pessoas com 65 e mais anos, esta dividiu-se unanimemente, 25 pessoas do género feminino e 25 pessoas do género masculino. Em relação à idade também se distribuiu de forma muito semelhante, destacando apenas que 12% das pessoas inquiridas têm 85+ anos. Em relação ao género e estado civil, quer o género feminino quer o género masculino, a maioria são casados. No entanto ao observarmos as classes de idades com o estado civil, podemos concluir que nas classes 65-74 anos e 75-84 anos, o estado civil “casado” continua a predominar, mas ao observarmos a classe 85+ anos o estado civil maior percentagem é o viúvo. O estado de arte permite-nos afirmar que as mulheres têm uma esperança de vida superior à dos homens, sendo por isso a maioria das amostras de pessoas mais velhas constituída por maior número de mulheres. Em termos de saúde, segundo a OCDE (2018), a esperança de vida à nascença em Portugal é de 81 anos, um ano acima da média da OCDE, sendo a das mulheres de 84 anos, comparada com 78 anos para os homens. No entanto, interessava-nos aqui conhecer as condições e estratégias dos dois géneros, tendo conseguido um número semelhante de inquiridos.

À semelhança de outros estudos com pessoas com 65 e mais anos (Fernandes, 1997; Fonseca, 2012; Paúl, 2012), a nossa amostra revelou uma baixa escolaridade. Relembre-se que 76% não estudou ou apenas completou o 1ºciclo. Estes dados são o reflexo de uma época em que o ensino não era de frequência obrigatória e nem era visto como uma prioridade, especialmente para o género feminino que apresenta um nível de escolaridade mais baixo que o género masculino. Esta ausência de qualificações académicas básicas poderá provocar vários problemas associados ao envelhecimento individual. Visto que, a sociedade atual é considerada uma sociedade da palavra escrita, o que causará um obstáculo insuperável na descodificação das mensagens que são dirigidas às pessoas com baixa literacia (Machado, 2005).

Partindo para a análise dos resultados do grupo da habitação, vimos que a grande maioria tem habitação própria, com jardim ou quintal e de grandes dimensões (com mais de quatro divisões). Vimos também que a grande maioria estava satisfeito em relação à acessibilidade e segurança da habitação.

Estes dados vão ao encontro da OCDE (2018), que afirma que, em Portugal, viver em habitações com condições satisfatórias é um dos aspetos mais importantes da vida das pessoas. A habitação é considerada um essencial às necessidades básicas e que não pode ser apenas considerada como um abrigo, mas sim como um lugar em que a pessoa se sente segura, tem privacidade, e é um lugar onde pode criar a sua família. Em Portugal, em média uma casa contém 1,7 quartos por pessoa, um valor um pouco menor comparado com a média da OCDE de 1,8 quartos por pessoa. Quando analisada a questão das instalações básicas, 99% das pessoas em Portugal vivem em habitações com acesso privado e saneamento básico, um dado superior à média da OCDE de 97,9%.

Quando perguntado que alterações fariam na sua habitação destaca-se a referência a questões de conforto e acessibilidade. O inquirido que “tentou colocar um elevador no corrimão das escadas”, considera a sua habitação inadequada e refere ainda que a solução passaria por uma nova habitação, *“as alterações era sair de lá para uma mais baixinha, trocar uma banheira pelo poliban. Já tentei colocar um elevador de corrimão, mas só se pode colocar do 1º andar para cima, porque do rés-do-chão não dá. E de que adianta por a partir do 1º andar se não conseguir subir as escadas até lá?!”. Outro inquirido pensa fazer alterações no futuro como a transformação de uma sala em quarto, no rés-do-chão: “se precisar de fazer um quarto também posso fazer na casa de jantar, para não subir para o 1º andar, caso chegue a essa altura. Penso nisso muitas vezes, caso me de um AVC, comprava uma caminha articulada e fazia o meu serviço no rés-do-chão”. Os inquiridos revelam consciência das alterações que precisam de realizar para conseguirem permanecer nas suas habitações em segurança.*

Outra questão a destacar relaciona-se com as pessoas que habitam em casas arrendada, nunca esquecendo a relação senhorio-inquilino no que se refere às adaptações da habitação. Um inquirido partilhou que teve *“uns problemas, estou à espera que o senhorio me arranje a casa de banho, mas estou com isto no tribunal para deixar de pagar a renda”*. Uma pessoa referiu que não tem disponibilidade financeira e que se trata de uma responsabilidade dos filhos: *“o que for preciso fazer os meus filhos que pensem nisso e que façam”*. É uma questão partilhada por outro inquirido que diz: *“como a casa é da minha filha eu não penso nisso”*. E ainda por mais um respondente: *“neste momento não faria nenhuma, deixava para os meus filhos”*. Verificamos que para algumas pessoas, estas já não decidem que decisões tomar mas sim os filhos, ou seja, começam a deixar de ter uma voz ativa, como uma despreocupação.

A maioria (96%) deseja permanecer na sua habitação, este desejo vai ao encontro de Iecovich (2014), que afirma que o envelhecimento está relacionado com o aumento da morbilidade crónica e de incapacidades funcionais, no entanto a maioria das pessoas com 65 e mais anos são mais saudáveis e funcionalmente independentes comparadas com coortes mais antigas, defendendo assim que as pessoas mais velhas poderão viver de forma independente na comunidade durante mais tempo. O que confirma este desejo de permanecer na própria habitação, pois a maioria das pessoas mais velhas querem envelhecer e permanecer autónomas, ativas e independentes o maior tempo possível e permanecer na sua casa com a sua família e com os seus amigos.

No entanto quando perguntado quais seriam os motivos que levariam a sair da própria habitação e quais as opções a tomar verificou-se várias respostas como apresentado, desde de problemas de saúde, falta de condições necessárias até à morte. Ao analisar o conteúdo das respostas dos inquiridos é de salientar a referência à família como alternativa possível ou apenas desejada, no que respeita à incapacidade de viver na sua casa: *“só saia por doença, ou se a minha filha fosse embora, eu nessa altura sozinha também não ficava. Mas aí ou ia para um lar ou ia com a minha filha, conforme a vida”*, outro inquirido partilha que *“sair de lá só se ficasse doente e tivesse que ir para a casa da filha ou então era mais fácil querer que a filha fosse para lá, né?! Para a minha casa, porque é grande, mas é difícil porque ela mora longe e é lá que o marido tem emprego”*.

Ainda que as pessoas considerem que poderão ter de ser institucionalizadas, é visível algumas incertezas e o desejo de recorrer aos filhos, tais como este inquirido: *“mais um ou dois anos irei para um lar, já estou a poupar para isso, mas primeiro tenho de me aconselhar com os meus filhos”*. Nota-se também a dificuldade de tomar uma decisão e de esperar que os outros decidam as condições de vida nos últimos anos: *“nessa altura teria de ser outra pessoa a tomar as decisões por mim”*. A família surge assim como uma alternativa, pois apesar de as pessoas não permanecerem nas suas próprias habitações, podem permanecer junto da sua família, onde encontra conforto, familiaridade e atenção (LIFTECH, 2017).

A ida para um lar aparece associada ao discurso de poupança financeira, na medida em que as pessoas têm consciência de que ERPI praticam altos valores e receiam que os seus rendimentos sejam insuficientes: *“mais um ou dois anos irei para um lar, já estou a poupar para isso”*.

Numa das questões mais diretas com o tema da presente dissertação, nomeadamente quais são as estratégias que as pessoas utilizam para permanecerem mais tempo na habitação destaca-se referência ao facto de as pessoas considerarem ser ativas e alterações estruturais da habitação. Ao analisar o conteúdo destas respostas as estratégias a destacar no que confere à habitação são estratégias arquitetónicas, nomeadamente, um dos inquiridos partilha que *“já alterei a minha casa de banho, mandei por um poliban com chão antiderrapante, onde se eu não conseguir tomar banho posso por uma cadeira e tomo banho sentada”*, outro inquirido confessa que *“já coloquei poliban, para tomar banho ou assim. Se precisar de fazer um quarto também posso fazer na casa de jantar, para não subir para o primeiro andar, caso chegue a essa altura. Penso nisso muitas vezes, caso me de um AVC, comprava uma caminha articulada e fazia o meu serviço no rés-do-chão”*, *“espero vir a por um elevador no corrimão”* e *“então mudar a casa de banho, e se não conseguir subir para o primeiro andar vou para a casa de baixo”*.

Estas estratégias vão ao encontro do que defende Kiplinger (2017), este apresenta cinco problemas e soluções para ultrapassá-los. O primeiro problema identificado são as escadas, como estratégia o autor apresenta a colocação de um elevador, que permite a pessoa puder subir aos pisos superiores, independentemente de usar ou não cadeira de rodas. O segundo problema ocorre na casa de banho, nomeadamente na banheira, e como forma de melhorar a segurança no banho, as pessoas podem optar por alterar a banheira por um *poliban*. Nesta alternativa ainda podem ser acrescentados alguns detalhes como o chão antiderrapante, uma barra de apoio e a possibilidade de colocar um banco ou uma cadeira para auxiliar a pessoa enquanto toma banho. O terceiro problema apresentado é encontrado nas cozinhas, com estratégia é sugerido que os armários sejam mais baixos para uma maior acessibilidade aos mesmos, e que os objetos mais pesados, como tachos e panelas, devem ser colocados nos armários mais baixos e os objetos mais leves nos armários mais altos. O quarto problema relaciona-se com a má iluminação, como estratégia para combater este problema o autor sugere que as pessoas iluminem bem as suas habitações e que coloquem iluminações em lugares estratégicos, como luzes de presença no caminho para a casa de banho e nos pés dos armários mais baixos. O quinto e último problema relaciona-se com o acesso à entrada principal da habitação, em alguns casos existem escadas no acesso à entrada, nestes casos é sugerido que as escadas sejam substituídas por uma rampa, assim facilita o acesso a qualquer pessoa, incluído as que utilizam cadeira de rodas.

Relativamente aos serviços de saúde e à saúde da amostra, nenhum dos inquiridos usufrui de nenhum tipo de ajuda/ serviço domiciliário, comparando com os valores representados na Carta Social, referente ao concelho de Portimão e à resposta social do SAD, existe capacidade para 295 utentes, e apenas é usufruído por 179 utentes.

Em relação à saúde, ao observarmos a amostra, verificamos que com o avançar da idade a tendência é que exista um declínio deste fator. De acordo com Clemente (2011), o processo de envelhecimento biológico acarreta uma diminuição das capacidades funcionais e cognitivas. Assim a pessoa ao ficar mais vulnerável fica sujeita ao aparecimento de patologias, patologias essas que poderão afetar as atividades de vida diária e a qualidade de vida.

No que concerne às doenças e limitações diagnosticadas, as patologias mais comuns foram problemas de coluna, hipertensão, diabetes, artroses, problemas respiratórios e problemas do coração. Os dados vão de encontro ao relatório disponibilizado pela DGS, onde consta que o colesterol e a hipertensão arterial constituem elevados fatores de risco em relação a diversas doenças crónicas, nomeadamente doenças do aparelho cardiovascular. (DGS, 2015).

Apesar das doenças e limitações, e de toda a variedade de medicação que os inquiridos afirmam tomar, a maioria dos inquiridos nunca sentiu que a idade o impedisse de realizar as atividades que mais gosta e do dia-a-dia, mas com o avançar da idade, especialmente na classe de idade 85+ anos, esse cenário inverte, e aqui as pessoas já consideram que a idade as impede muitas vezes de realizar as atividades.

Relativamente à dimensão dos transportes, verificou-se que os mesmos são diferentes consoante a idade. Na classe 65-74 anos o tipo de transporte mais usado é o carro, na classe 75-84 anos são os transportes público, e na classe 85+ anos os resultados dividem-se entre andar a pé e transportes públicos. Em relação ao género, conclui-se que os homens utilizam mais o carro próprio e as mulheres os transportes públicos. O que vai ao encontro de Pacheco (2005), que afirma que as mulheres apresentam uma mobilidade mais condicionada, o que limita as suas oportunidades e possibilidades de participação social devido aos papéis de género atribuídos e assumidos por ambos os géneros, o que leva a uma ausência de perspetiva de género no diagnóstico e avaliação de sistemas de mobilidade e transporte. Este problema conduz assim para as diferenças de género na mobilidade transportes, que conclui que o género feminino utiliza mais os transportes públicos, enquanto que o género masculino utiliza o



transporte próprio. O autor acrescenta ainda que as menores taxas de motorização correspondem ao género feminino, as mulheres possuem menos cartas de condução, no entanto este fator tem vindo a diminuir ao longo do tempo, nomeadamente nas gerações mais novas.

Em relação às alterações que os inquiridos fariam para melhorar a rede de transportes público destaca-se o desejo para que volte a existir transportes ao fim-de-semana, e que os trajetos sejam mais diretos e com mais frequência. Ao analisarmos o site da Câmara Municipal de Portimão, no separador da Rede Urbana é possível confirmar os problemas que amostra gostaria de melhorar. É possível observar que nos dias úteis (de segunda-feira a sexta-feira) existem dez linhas de transporte, e aos fins-de-semana existem seis linhas. No entanto apesar de no total existirem dezasseis linhas de transporte, o tempo de regularidade é muito espaçado (de 50 em 50 min) e não abrange todas as zonas do concelho (Câmara Municipal de Portimão, 2018). O facto da rede de transportes não corresponder às necessidades das pessoas, poderá resultar num isolamento e numa diminuição de interações sociais, se as pessoas não tem forma de se deslocarem, acabam por não sair de casa.

Passando para a dimensão da comunidade, a maioria das pessoas sentem-se seguras e consideram que a comunidade dispões dos recursos necessários para o dia-a-dia. No entanto, destacam algumas necessidades como enfermarias, lares e lugares de convívio e um talho, por exemplo. O simples facto das pessoas se sentirem seguras na sua comunidade vai influenciar a independência, a saúde física, a integração social e o bem-estar emocional das pessoas, por estas se movimentarem sem receios (WHO, 2009). No que toca à relação que mantem com os vizinhos, a maioria afirma que mantem uma boa relação. O que vai o encontro Guerra (2010, citando DECO), em que a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, indica que sete em cada dez portugueses assumem ter uma boa ou muito boa relação com os vizinhos e que não gostam de se separar deles. Assim, ao manifestarem esta boa relação com os vizinhos, as pessoas não se sentem sozinhas, convivem e partilham o dia-a-dia.

Acrescenta referir, que em relação à forma como as pessoas ocupam os seus dias, foi apresenta uma panóplia de atividades que compõem o quotidiano dos inquiridos. O envelhecimento é acompanhado de várias mudanças morfológicas e funcionais, que podem resultar na perda de força muscular, resistência e agilidade, que pode aumentar a probabilidade do aparecimento de doenças crónicas. O envelhecimento acarreta no seu processo, como já mencionado, a diminuição da capacidade funcional,

que poderá colocar em causa a realização das atividades da vida diária (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), (Frank, Santos, Assman, Alves, & Ferreira, 2008). No entanto, a maioria da amostra reflete que, ainda que exista a diminuição da capacidade funcional, continuam a realizar as suas AVD e AIVD e que o quotidiano é muito preenchido. A participação em várias atividades que promovam a atividade física, social e produtiva melhoram a satisfação com a vida (Fonseca, Teixeira & Paúl, 2011).

No último grupo, das aspirações e angústias, onde foram colocadas três questões abertas, podemos analisar que, relativo à primeira questão: “onde se imagina daqui a cinco/dez anos?”, é notório desejo das pessoas quererem permanecer na sua própria habitação e na comunidade, colocando a institucionalização em último plano e indesejada, ainda que seja a única opção para alguns inquiridos. Destacando ainda que alguns inquiridos reforçaram a ideia de que seriam outras pessoas, como os filhos, que os colocariam num lar: *“mais um ano ou dois irei para um lar, já estou a poupar para isso, mas primeiro tenho de me aconselhar com os meus filhos”* e *“se os meus filhos não me puderem ajudar devo estar num lar, mas nem quero pensar nisso”*.

Em relação às preocupações com o avançar da idade, é perceptível a preocupação com a saúde, concretamente com a falta da mesma, associada ao aparecimento de doenças, seguida pela preocupação com a incapacidade física, e da solidão. Segundo Azeredo e Afonso (2016), questões como a carência de saúde, a baixa autoestima e a rejeição social podem ser considerados como os motivadores do surgimento de sentimentos de solidão. O que vai ao encontro de algumas respostas dadas pelos inquiridos, *“estar sozinha e querer fazer as coisas e se não puder não ter quem me ajude permanentemente todos os minutos”*, *“envelhecer é muito triste, e agora estar sozinha também já me custa muito”*. A partir destes dois testemunhos é visível a preocupação o medo das pessoas ficarem sozinhas e não terem quem as ajude diariamente, apesar destas mesmas pessoas afirmarem que não querem sair da sua habitação para irem para uma ERPI. De acordo com Melo e Neto (2003), uma estrutura residencial não é considerada uma solução para as pessoas que querem ter um final de vida tranquilo. Muitas pessoas têm dificuldade em partilhar um espaço com desconhecidos, sendo que na maioria dos lares de idosos as pessoas são obrigadas a partilhar o seu quarto com outras pessoas, vindo dessa forma a sua privacidade comprometida. Sendo a privacidade intrínseca ao homem, como ser social que vive em relação com os outros indivíduos e num determinado meio envolvente (Matias, 2016).

Outros dois testemunhos afirmam que *“se eu ver que não me consigo movimentar a mim próprio e tenho de dar trabalho aos outros, eu já estou semi preocupado com isso”* e *“preocupa-me mais ficar presa a uma cadeira de rodas, ter um AVC, como está hoje a dar muito, preocupa-me muito ter que depender de alguém e que me ajude a viver”*, nestas duas transcrições é notória a preocupação com a perda de limitações físicas, que poderão levar à dependência e por sua vez as pessoas ficam com receio de se tornarem um fardo para os seus familiares (Ribeiro et al., 2017).

Na última questão: “o que precisa para ter mais qualidade de vida e bem-estar?” a amostra afirma que precisa de manter a mesma vida e de ter saúde. Por “manter a mesma vida” entende-se continuar a realizar as mesmas atividades ao longo da vida, ter a capacidade para realizar as AVD e AIVD, como podemos constatar através de algumas respostas dadas pelos inquiridos, *“para viver melhor não me podiam faltar os livros, eu leio sempre, todos os dias. Eu leio muito e se não tiver livros por perto o meu dia não é completo”*, *“continuar com as minhas atividades, assistir a debates para exercitar o cérebro”* e ainda *“pensava fazer ginástica, trabalhar em part-time, fazer voluntariado, tudo isto está nos meus horizontes*. Manter as pessoas independentes é o primeiro objetivo para que consigam ter uma maior qualidade de vida e ao se manterem ocupadas com atividades, remuneradas ou não, é considerada uma mais-valia para a saúde emocional no sentido que ajuda a pessoa a ter uma melhor disposição no dia-a-dia (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012; Mari, Alves, Aerts, & Camara, 2016).

Por qualidade de vida supõe-se a existência de saúde, felicidade, satisfação pessoal e condições de vida (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012), e como tal são um conjunto de fatores que a maioria das pessoas quer nas suas vidas. Como é o caso de alguns dos inquiridos da amostra que dizem que o que precisam de ter mais qualidade de vida e bem-estar é *“manter-me saudável, tanto mental como fisicamente, para continuar a poder trabalhar e ajudar a suportar financeiramente a família e poder ter as condições que eu julgo boas que nos temos no dia-a-dia”*. Outro testemunho afirma que *“gostava que eu e o meu marido tivéssemos saúde e que ele tivesse ideia, porque ele tem alzheimer”*, neste caso a qualidade de vida é considerada baixa, visto que a presença de saúde é reduzida neste casal, agravando a situação com a existência da doença de alzheimer, em que a mulher é cuidadora do marido. Nestes casos de dependência, a família é considerada o principal suporte de apoio às pessoas em situação de dependência prestando-lhes cuidados higiénicos, auxílio na alimentação,

administração de medicação e estimulação em atividades reabilitadoras (Araujo et al., 2013).

## REFLEXÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer as estratégias que as pessoas com 65 e mais anos utilizam para permanecer nas suas habitações o maior tempo possível e a forma como mobilizam os recursos que têm à sua disposição.

Os resultados apresentados demonstram que foi possível alcançar os objetivos específicos inicialmente propostos ( i) caracterizar o território do concelho de Portimão em termos sociodemográficos e os recursos disponíveis às pessoas; ii) caracterizar uma população não institucionalizada do concelho de Portimão, com 65 e mais anos, do ponto de vista da saúde e das condições em que envelhece; iii) identificar as estratégias que as pessoas utilizam para permanecerem nas suas habitações; iv) identificar as necessidades diárias das pessoas; e v) identificar as aspirações e angústias, conhecendo como se projetam e se preparam para o futuro).

A maioria das pessoas tem casa própria, sentem-se seguras e satisfeitas com a sua habitação. Demonstram ter consciência e preocupações em relação às alterações que devem realizar nas suas casas para que estas sejam sempre seguras e que acompanhem futuras necessidades que possam surgir com o envelhecimento. No entanto surge o problema económico, pois a maioria destas pessoas são pessoas com baixa literacia e com baixos recursos económicos, o que poderá ser um entrave para a realização das alterações.

Apesar do notório desejo das pessoas permanecerem o maior tempo possível nas suas habitações, compreende que caso surja algum problema de saúde mais grave ou que a sua habitação já não reúna as condições de segurança necessárias terão de encontrar outras soluções. Neste cenário as pessoas colocam a institucionalização em último recurso, dando primazia aos familiares, nomeadamente os filhos, ou então afirmam que contratariam uma pessoa cuidadora que os auxiliasse no dia-a-dia.

Em termos de saúde, apesar de muitas pessoas a descrever como razoável, a maioria das pessoas sofre de algum tipo de doença ou limitação, bem como a toma de medicação referenciada pelos mesmos. No entanto, nunca sentiram que a idade impedisse de realizar atividades que gostam de fazer.

No que toca aos transportes, o género feminino utiliza mais os transportes públicos, e neste campo são sugeridas várias alterações com o intuito de melhorar a rede de transportes públicos de acordo com os interesses das pessoas.

Na dimensão da comunidade, as pessoas também se sentem seguras e mobilizam de forma positiva os recursos que têm à sua disposição, apenas as pessoas que vivem mais distantes do centro da cidade sentem falta de recursos mais próximos.

Em relação ao dia-a-dia, as pessoas mantêm-se ocupadas, é notória a diversidade de atividades que preenchem os seus dias, o que é uma mais valia para um bom envelhecimento, evitando o sedentarismo e a solidão, por exemplo.

Refletindo sobre as aspirações e angústias e a forma como as pessoas se projetam e preparam para o futuro, como já referido, é notório o desejo das pessoas quererem permanecer o maior tempo possível nas suas habitações e na comunidade, colocando a institucionalização em último plano e indesejada, ainda que para algumas pessoas esta seja a única opção a tomar. Manifestam várias preocupações com a saúde, concretamente com a aparecimento de doenças que as possam deixar debilitadas e incapacitadas. À forma como se projetam e preparam para o futuro, muitas das pessoas querem manter a mesma vida e desejam ter possibilidade de ter mais saúde.

Como estratégias, algumas pessoas têm consciência que apesar das suas habitações serem seguras, no futuro será necessário que sejam efetuadas algumas alterações para que a segurança se mantenha. Para além das estratégias a nível de alterações habitacionais, outra opção é da prestação de serviços, quer do serviço de apoio domiciliário, quer de um serviço permanente, ou seja, de um cuidador mais presente no dia-a-dia da pessoa.

Apesar das pessoas desejarem permanecer nas suas habitações e de terem consciência de algumas estratégias, surge sempre um problema, nomeadamente o problema de cariz económico. Sendo a maioria da amostra pessoas com baixo nível de escolaridade e de baixos rendimentos, esta condição poderá por em causa a qualidade de vida das pessoas. Por oposição, as pessoas com melhores condições económicas terão uma melhor capacidade de adaptação, o que irá proporcionar uma melhor qualidade de vida e a capacidade de permanecerem nas suas casas.

Analisando as limitações deste estudo, a mais relevante vai ao encontro do tamanho da amostra estudada. Se a amostra fosse mais significativa e representativa da população iria alcançar uma maior viabilidade de dados. Dessa forma, seria interessante prosseguir este estudo com uma amostra mais representativa da população para se conseguir obter resultados mais conclusivos e com maior viabilidade.

Um outro objetivo relevante que não foi perceptível nesta pesquisa seria entender se as pessoas que têm consciência das estratégias para permanecerem nas suas habitações, nomeadamente nas que afirmam fazer as alterações, se têm capacidade económica para as executar.

Como mais uma proposta futura, sugere-se a realização de uma pesquisa comparada para testar os resultados obtidos no concelho de Portimão. O objetivo seria selecionar outro concelho do Algarve com características populacionais idênticas às de Portimão e replicar o estudo. Estes procedimentos permitiriam uma comparação entre as populações, com o intuito de perceber, até que ponto, o ambiente e as características do mesmo influenciam o desejo de querer permanecer o maior tempo possível nas suas habitações, bem como a consciência das estratégias a adotar para que o mesmo seja possível.

Consideramos ainda que seria igualmente importante repensar a forma como se transmite a informação às pessoas mais velhas. Ao assistirmos a um cenário de baixa literacia, muitas pessoas não conseguem descodificar as informações escrita e, como tal, poderia ser repensada uma estratégia que fosse ao encontro das políticas sociais de informação, em matéria de infoacessibilidade.

Como última consideração destacamos a relevância da aposta em políticas que auxiliassem as pessoas com baixos recursos económicos a realizarem pequenas alterações nas suas habitações, no sentido de estas se tornarem mais seguras e para que as pessoas possam viver mais tempo no conforto da sua casa. Não menos importante, salientamos a avaliação dos recursos existentes na comunidade, com o intuito de compreender o leque de serviços disponíveis e a acessibilidade económica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, J. S., Vidal, G. M., Brito, F. N., Gonçalves, D. C. de A., Leite, D. K. M., Dutra, C. D. T., & Pires, C. A. A. (2013). Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 149–158. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>
- Azeredo, Z., & Afonso, M. (2016). Loneliness from the perspective of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313–324. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
- Bárrios, M. J. (2017). *Políticas de Envelhecimento ao Nível Local*. (Tese de Doutoramento) ISCSP/UL.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2015). Local Promotion of Active Aging: Community Support and Well-Being of people 65+. *The International Journal of Aging and Society*, 5(4), 23–32.
- Berke, E., Koepsell, T., Moudon, A., Hoskins, R., & Larson, E. (2007). Association of the Built Environment With Physical Activity and Obesity in Older Persons. *American Journal of Public Health*, 97(3), 486-492.
- Bernard, S., Zimmerman, S., & Eckert, J. K. (2001). Aging in place. In S. Zimmerman, P. Sloane, & K. Eckert (Eds.), *Assisted living: Needs, practices, and policies in residential care for the elderly* (pp. 224–241). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bonfim, C. D. J., & Veiga, S. M. (1996). Serviços de Apoio Domiciliário. *Guiões Técnicos*, (7), 10.
- Brenton, M., & Lin, H. (2008). The Cohousing Approach to “Lifetime Neighbourhoods” Housing Learning and Improvement Network THE COHOUSING APPROACH TO “LIFETIME NEIGHBOURHOODS” CONTENTS, (29).
- Câmara Municipal de Portimão. (2018). Rede Urbana. Retrieved from <https://www.cm-portimao.pt/servicos-municipais/vai-e-vem>
- Clemente, J. (2011). Fundamentação Teórica: Declínio funcional nos idosos. *UNIFESP*.
- Croucher, K., Hicks, L., & Jackson, K. (2006). Housing with Care for Later Life: A literature review. *Water*, 142 pp ST-Housing with care for later life-a. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06215769>



- DGS. (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015-2020. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–136. <https://doi.org/ISSN: 2183-5888>
- Diagnóstico Social de Portimão*. (2012). Município de Portimão Conselho Local de Acção Social de Portimão.
- Dijk, H. van. (2015). *Neighbourhoods for Ageing in Place. (PhD thesis)*. Erasmus University, Rotterdam.
- Falcato, J., Braz, M., Bispo, P., Renato, G., & Lorena, M. (2010). Uma casa para a vida -aplicação do design inclusivo à habitação, 1–74.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Praticas*, 36. <https://doi.org/ISSN 0873-6529>
- Fernandes, A. A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da UNL.
- Fernandes, A. A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In A. Fonseca (Ed.), *Saúde e envelhecimento, novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento Ativo e Sua Relação Com a Independência Funcional. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21(3), 513–518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 95–106). Lidel: Lisboa.
- Fonseca, A. M., Teixeira, L., & Paúl, C. (2011). Inventory of Life Satisfaction (ILS): A validation study among Portuguese meddle-aged and older people. *Portuguese Journal of Social Science*, 10 (2), 205–215.
- Fontes, S. (2011). *A Aldeia de S. José de Alcalar: a inovação de uma resposta social*. Instituto Universitário de Lisboa.
- Frank, S., Santos, S., Assman, A., Alves, K., & Ferreira, N. (2008). Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 11, 123–134.
- Frye, A. (2014). Growing Old in the City. *Journal of Urban Design*, 19(3), 269-274.

- Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). *Quality of Life from the Perspectives of Older People, Ageing & Society*, 24(5), 675–91.
- Gil, A. (2007). Envelhecimento Ativo: complementaridades e contradições. *Fórum Sociológico*, 17, 25–36.
- Groff, J., Paire-ficout, L., Boucheix, J., & Richard, K. (2013). Animation in public transports : can it facilitate information accessibility for elderly people ?
- Guerra, J. (2010). “ O Efeito Vizinhança .”
- Hockey, A., Phillips, J., & Walford, N. (2013). Planning for an Ageing Society: Voices from the Planning Profession. *Planning Practice and Research*, 28(5), 527–543. <https://doi.org/10.1080/02697459.2013.820039>
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21–32. <https://doi.org/1408-032X>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I. P. . (2017). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
- Keyes, L., Philips, D. R., Sterling, E., Manegdeg, T., Kelly, M., Trimble, G., & Mayerik, C. (2014). Transforming the Way We Live Together: A Model to Move Communities From Policy to Implementation. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 117-130.
- Kiplinger, K. (2017). Your Guide to a Richer Retirement 10 Home Projects To Age in Place, 24(10).
- LIFTECH. (2017). Fique a saber porque os idosos preferem ficar em casa de familiares. Retrieved from <https://www.liftech.pt/blog/acessibilidades-fique-saber-os-idosos-preferem-ficar-casa-familiares/>
- Machado, P. (2005). *Malhas que a (c)idade tece : Mudança social, envelhecimento e velhice em meio urbano. (Tese de Doutoramento). FCSH/UNL, Lisboa.*
- Machado, P. (2017). Isolamento na Velhice: das políticas integradas para a longevidade à construção de um referencial Govint para o envelhecimento na comunidade. *Govint*.
- Mari, F., Alves, G., Aerts, D., & Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 19(1), 35–44. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas : problemas e desafios em contexto português. *Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 177–203.

- Matias, P. (2016). *Soluções Residenciais para Idosos em Portugal no séc. XXI - Design de ambientes e privacidade*. (Tese de Doutoramento) FA/ UL.
- Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Caminhos Da Educação, VII nº1*(Psicologia, Educação e Cultura), 107–121.
- MetLife. (2013). *Livable Community Indicators for Sustainable Aging in Place*. New York, NY: Metropolitan Life Insurance Company.
- Ministério da Solidariedade, E. e S. S. (2015). Carta Social – rede de serviços e equipamentos.
- Morais, A. M., & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação, 20*(2), 75–104.
- Nazareth, J. (2004). *Demografia - A Ciência da População* (4ª Edição). Lisboa: Fundamentos.
- OCDE. (2018). Portugal - How's Life? Retrieved from <http://www.oecd.org/sdd/how-s-life-23089679.htm>
- OECD. (2002). Ageing, Housing and Urban Development. <https://doi.org/10.1787/9789264176102-en>
- Pacheco, E. (2005). Mobilidade e Transportes. *Geografia de Portugal. Sociedade, Paisagens e Cidades*, (November). <https://doi.org/10.13140/2.1.4334.3046>
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia*. Lidel: Lisboa.
- Pereira, É., Teixeira, C., & Santos, a Dos. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de ...*, 26(2), 241–250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Pochet, P., Ortúzar, J. de D., Hensher, D., & Jara-Díaz, S. (1998). Change in urban travel behaviour of elderly people. *Travel Behaviour Research: Updating the State of Play, 1*(January 1998), 299–316; chap. 17–299–316; chap. 17. <https://doi.org/10.1016/B978-008043360-8/50017-0>
- Porto, C. F., & Rezende, E. J. (2016). Terceira idade , design universal e aging-in-place . Third age , universal design and aging-in-place . *Estudos Em Design, 24*, 152–168.
- Pynoos, J., Caraviello, R., & Cicero, C. (2009). Lifelong housing: The anchor in aging-friendly communities. *Generations, 33*(2), 26–32.
- Rede Europeia Anti-pobreza. (2017). Em análise, 1–17.

- Reis, F., Pereira, C., Escoval, A., & Reis, F. (2015). Contributo para a classificação da funcionalidade dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 33(1), 84–97. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.004>
- Ribeiro, S., Borges, S., Cristina, T., Ferreira, C., Cristina, M., & Souza, S. (2017). Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v20n6/pt\\_1809-9823-rbpg-20-06-00869.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v20n6/pt_1809-9823-rbpg-20-06-00869.pdf)
- Rito, S. (2011). *Grelha de caracterização habitacional para pessoas idosas*. Universidade de Aveiro.
- RNCCI. (2016). Plano de Desenvolvimento da RNCCI. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000300011>
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Segurança Social. (2010). Manual de Processos-Chave: Serviço de Apoio Domiciliário. Retrieved from [http://www.seg-social.pt/documents/10152/13866/gqrs\\_apoio\\_domiciliario\\_processos-chave/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f](http://www.seg-social.pt/documents/10152/13866/gqrs_apoio_domiciliario_processos-chave/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f)
- Segurança Social. (2016). Serviço de apoio domiciliário. Retrieved from <http://www.seg-social.pt/idosos>
- Timmermann, S. (2012). To “Age in Place” or Not... That Is the Question. *Journal of Financial Service Professionals*, 66(1), 24–26.
- Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Rbceh*, 4(1), 88–102. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.119>
- WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *The Aging Male*, 5(1), 1–37. <https://doi.org/10.1080/713604647>
- WHO. (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. versão portuguesa de Global age-friendly cities: a guide. Tradução: Fundação Calouste Gulbenkian*.
- WHO. (2016). Integrated care models: an overview. *Health Services Delivery Programme*, 31.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of “aging in place” to older people. *Gerontologist*, 52(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>

Yamamoto, F. (Jenny), & Zhang, J. (2017). The Kindness of Strangers: Exploring Interdependencies and Shared Mobilities of Elderly People in Rural Japan. *Social Inclusion*, 5(4), 183. <https://doi.org/10.17645/si.v5i4.1125>

## **ANEXOS**

I - Agregados domésticos unipessoais

II - Modelo de questionário

III - Tabelas de caracterização da amostra

IV - Gráficos de caracterização da amostra

## I – Agregados domésticos unipessoais

Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos -

Agregados domésticos unipessoais		
Anos	Total	De indivíduos com 65+ anos
2000	536,7	341,1
2005	633,4	378,3
2010	710,2	416,8
2013	794,5	422,2
2015	881,7	465,3
2016	885,0	477,5

Portada (2017)

Quantas pessoas vivem sozinhas? Quantos idosos vivem sozinhos? (milhares)

## II – Modelo de questionário

Entrevista nº \_\_\_\_

### Questionário da dissertação de mestrado

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado de Gerontologia Social, realizada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos (dissertação de mestrado), as respostas são anónimas e confidenciais, e não existem respostas certas nem erradas. Por isso solicito que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Obrigada pela sua colaboração.

### 1- Caracterização

Idade \_\_\_\_ Feminino ☐ Masculino ☐ Estado Civil \_\_\_\_\_

Com quem vive: Cônjuge/companheiro/a ☐ Familiares ☐ Sozinho ☐

Outros: \_\_\_\_\_

Nº do agregado familiar: \_\_\_\_

Nível de escolaridade/quantos anos estudou \_\_\_\_\_

Está reformado/a? Não ☐ Sim ☐ Mantém alguma atividade? Não ☐ Sim ☐

Por que motivo se reformou? \_\_\_\_\_ Com que idade se reformou? \_\_\_\_\_ Qual foi a sua última profissão ou emprego? \_\_\_\_\_

## 2- Habitação

A casa onde vive é: casa própria ☐ arrendada ☐ casa de familiares ☐ Outra:\_\_\_\_\_

A casa onde vive é: uma moradia ☐ uma vivenda ☐ um apartamento ☐ parte de casa ☐

Outro:\_\_\_\_\_

Tem um jardim ou quintal? Sim ☐ Não ☐

Necessita subir muitas escadas? Sim ☐ Não ☐

Quantas divisões tem a sua habitação? 0-1 ☐ 2-3 ☐ >4 ☐

Em relação à acessibilidade e segurança da sua habitação está: Completamente Satisfeito ☐ Muito Satisfeito/a ☐ Satisfeito/a ☐ Insatisfeito/a ☐ Muito Insatisfeito/a ☐

Completamente Insatisfeito/a ☐ Não aplicável ☐

O estado de conservação da habitação em que vive é: Muito bom ☐ Bom ☐ Razoável ☐

Precisa de pequenas intervenções ☐ Degradada a precisar de grandes obras ☐ Não responde ☐

Que alterações faria na sua habitação? Resposta longa – gravação

Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança? Sim ☐ Não ☐ Justifique\_\_\_\_\_

Deseja permanecer na sua casa? Sim ☐ Não ☐

O que o/a levaria a sair da sua habitação? E que opções tomaria? Resposta longa – gravação

Que estratégias utiliza para conseguir permanecer mais tempo na sua habitação? Resposta longa - gravação

## 3 - Serviços Domiciliários/ Saúde

Tem conhecimento dos serviços que o podem auxiliar na sua habitação? Não ☐ Sim ☐ Se sim, quais?\_\_\_\_\_

Usufrui de algum tipo de ajuda/ serviços domiciliários? Não ☐ Sim ☐ Se sim, que tipo de serviço?\_\_\_\_\_



Como descreve a sua saúde? Excelente ☐ Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐

Sofre de alguma doença diagnosticada pelo seu médico ou limitação no seu dia-a-dia?

Não ☐ Sim ☐ Se sim, que doença/limitação? \_\_\_\_\_

Toma algum tipo de medicação? Não ☐ Sim ☐ Se sim, que tipo de medicação? \_\_\_\_\_

Com que frequência considera que a sua idade o/a impede de fazer coisas que gostaria de fazer? Sempre ☐ Muitas vezes ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

#### 4 - Bairro/comunidade

Em relação à segurança de onde vive está? Completamente Satisfeito/a ☐ Muito Satisfeito/a ☐ Satisfeito/a ☐ Insatisfeito/a ☐ Muito Insatisfeito/a ☐ Completamente Insatisfeito/a ☐ Não aplicável ☐

Considera que a sua comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu dia-a-dia (p.e: supermercados, associações, cabeleireiro)? Sim ☐ Não ☐ Se não, que recurso considera \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ lhe falta? \_\_\_\_\_

Como classifica a relação que mantém com os seus vizinhos? Excelente ☐ Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐

Como é que ocupa diariamente os seus dias? Resposta longa – gravação

#### 5 - Transportes

Qual o tipo de transporte que usa habitualmente? Carro próprio ☐ Viaturas de familiares ☐ Táxi ☐ Mota ☐ Bicicleta ☐ A pé ☐ Transportes públicos ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Em caso de utilizar transportes público, com que frequência é que os utiliza?

Sempre ☐ Muitas vezes ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐

A rede de transporte existente corresponde às suas necessidades diárias? Sim ☐ Não ☐

Que alterações faria para melhorá-la? Resposta longa - gravação

## 6- Aspirações e angústias

Onde é que se imagina daqui a cinco/dez anos? Resposta longa - gravação

O que é que mais o/a preocupa com o avançar da idade? Resposta longa – gravação

O que gostaria de fazer para envelhecer/viver com mais qualidade de vida e bem-estar?

Resposta longa – gravação

Muito obrigada pela sua colaboração!

### III – Tabelas de caracterização da amostra

Tabela 1 – Classes de Idade

		Frequência	Percentagem
Válido	65-74	23	46,0
	75-84	21	42,0
	85+	6	12,0
	Total	50	100,0

Tabela 2 - Género

		Frequência	Percentagem
Género	Feminino	25	50,0
	Masculino	25	50,0
	Total	50	100,0

Tabela 3 – Estado Civil

		Frequência	Percentagem
Estado Civil	Casado	31	62,0
	Divorciado	7	14,0
	Viúvo	10	20,0
	Solteiro	2	4,0
	Total	50	100,0

Tabela 4 - Com quem vive

		Frequência	Percentagem
Com quem vive	Cônjuge/companheiro	22	44,0
	Familiares	6	12,0
	Sozinho	12	24,0
	Cônjuge e familiares	10	20,0
	Total	50	100,0

Tabela 5 - Reformado

		Frequência	Percentagem
Está reformado?	Sim	46	92,0
	Não	3	6,0
	Total	49	98,0
Omisso	999	1	2,0
Total		50	100,0

Tabela 6 - Atividades

		Frequência	Percentagem
Mantém alguma atividade?	Sim	14	28,0
	Não	36	72,0
	Total	50	100,0

Tabela 7 – Motivo da reforma

		Frequência	Percentagem
Motivo da reforma	Idade	36	72,0
	Reforma antecipada	4	8,0
	Doença/ invalidez	6	12,0
	Nunca trabalhou	1	2,0
	Total	47	94,0
Omisso	999	3	6,0
Total		50	100,0

Tabela 8 – Última profissão

		Frequência	Porcentagem
Última profissão	Administrativo	1	2,0
	Advogado	1	2,0
	Ama	1	2,0
	Auxiliar de ação médica	1	2,0
	Bancário	1	2,0
	Chefe de secção da indústria química	1	2,0
	Chefe de segurança	1	2,0
	Construtor civil	5	10,0
	Constutor civil	1	2,0
	Contabilista	1	2,0
	Cozinheiro	1	2,0
	Diretor de uma empresa química	1	2,0
	Empregada de andares	1	2,0
	Empregada de balcão	2	4,0
	Empregada de limpeza	1	2,0
	Empregada de quartos	1	2,0
	Empregada doméstica	8	16,0
	Empregado da indústria hoteleira	1	2,0
	Empresário	1	2,0
	Escriturária	1	2,0
	Examinador de condução automóvel	1	2,0
	Fotógrafa	1	2,0
	Gestora	1	2,0
	Hotelaria	1	2,0
	Indústria hoteleira	1	2,0
	Mecânico	1	2,0
	Médico	1	2,0
	Motorista	1	2,0
	Operadora de 1ª	1	2,0

Professor	1	2,0
Professora	1	2,0
Segurança privado	1	2,0
Serrador de mármore	1	2,0
Sócio gerente de uma firma de construção	1	2,0
Trabalho no campo	1	2,0
Transportador profissional	1	2,0
Vendedora	2	4,0
Total	50	100,0

Tabela 9 - A casa onde vive é:

A casa onde vive é:			
		Frequência	Percentagem
Válido	Casa própria	46	92,0
	Casa arrendada	3	6,0
	Casa de familiares	1	2,0
	Total	50	100,0

Tabela 10 - A casa onde vive é:

A casa onde vive é:			
		Frequência	Percentagem
Válido	Moradia	25	50,0
	Vivenda	6	12,0
	Apartamento	19	38,0
	Total	50	100,0

Tabela 11 – Tem jardim ou quintal?

A casa onde vive tem jardim ou quintal?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	28	56,0
	Não	22	44,0
	Total	50	100,0

Tabela 12 - Necessita subir muitas escadas?

Necessita subir muitas escadas?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	19	38,0
	Não	31	62,0
	Total	50	100,0

Tabela 13 – Quantas divisões tem a sua habitação?

Quantas divisões tem a sua habitação?			
		Frequência	Percentagem
Válido	0-1	2	4,0
	2-3	7	14,0
	>4	41	82,0
	Total	50	100,0

Tabela 14 – Acessibilidade e segurança da habitação

Acessibilidade e segurança da habitação			
		Frequência	Percentagem
Válido	Completamente satisfeito	1	2,0
	Muito satisfeito	9	18,0
	Satisfeito	37	74,0
	Insatisfeito	3	6,0
	Total	50	100,0

Tabela 15 – Conservação da habitação

Conservação da habitação			
		Frequência	Percentagem
Válido	Muito bom	6	12,0
	Bom	30	60,0
	Razoável	8	16,0
	Precisa de pequenas intervenções	6	12,0
	Total	50	100,0

Tabela 16 – Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança?

Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	48	96,0
	Não	2	4,0
	Total	50	100,0

Tabela 17 – Deseja permanecer na sua habitação?

Deseja permanecer na sua habitação?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	49	98,0
	Não	1	2,0
	Total	50	100,0

Tabela 18 – Género e “Deseja permanecer na sua habitação?”

Tabela 28 - Género e Deseja permanecer na sua habitação?					
			Deseja permanecer na sua habitação?		Total
			Sim	Não	
Género	Feminino	Contagem	25	0	25
		% em Género	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	50,0%	0,0%	50,0%
	Masculino	Contagem	24	1	25
		% em Género	96,0%	4,0%	100,0%
		% do Total	48,0%	2,0%	50,0%
Total	Contagem		49	1	50
	% do Total		98,0%	2,0%	100,0%

Tabela 19 – Conhecimento dos serviços que auxiliam nas habitações

Tem conhecimento dos serviços que o podem auxiliar na sua casa?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	19	38,0
	Não	31	62,0
	Total	50	100,0

Tabela 20 – Quais os serviços que conhece?

Quais os serviços que conhece?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Santa Casa da Misericórdia	18	36,0
	Segurança Social	1	2,0
	Total	19	38,0
Omisso	999	31	62,0
Total		50	100,0

Tabela 21 – Usufrui de algum tipo de ajuda/ serviços domiciliários?

Usufrui de algum tipo de ajuda/ serviços domiciliários?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Não	50	100,0

Tabela 22 – Como descreve a sua saúde?

Como descreve a sua saúde?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Excelente	3	6,0
	Muito boa	1	2,0
	Boa	15	30,0
	Razoável	23	46,0
	Má	8	16,0
	Total	50	100,0

Tabela 23 – Sofre de alguma doença diagnosticada pelo seu médico ou limitação no seu dia-a-dia?

Sofre de alguma doença diagnosticada pelo seu médico ou limitação no seu dia-a-dia?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	31	62,0
	Não	19	38,0
	Total	50	100,0



Tabela 24 – Se sim, que doença ou limitação?

		Doença/ limitação							
		Hipertensão	Espondilose	Problemas de coluna	Colesterol	Diabetes	Problemas de coração	Alzheimer	Reumático
Válido	Sim	6	1	8	1	5	2	1	2
	Não	25	30	23	30	26	29	30	29
	Total	31	31	31	31	31	31	31	31

		Doença/ limitação							
		Audição	Visão	Próteses nas pernas	Problemas da próstata	Osteoporose	Artroses	Ansiedade	Problemas de estômago
Válido	Sim	2	2	2	1	1	3	2	1
	Não	29	29	29	30	30	28	29	30
	Total	31	31	31	31	31	31	31	31

		Doença/ limitação							
		Incontinência	Problemas de tireóide	Gastrite crónica	Problemas do sistema nervoso	Problemas respiratórios	Trombofilia	Parkinson	Problemas oncológicos
Válido	Sim	1	1	1	1	3	1	1	2
	Não	30	30	30	30	28	30	30	28
	Total	31	31	31	31	31	31	31	31

Tabela 25 – Toma algum tipo de medicação?

Toma algum tipo de medicação?			
		Frequência	Porcentagem
Válido	Sim	37	74,0
	Não	13	26,0
	Total	50	100,0

Tabela 26 – Se sim, que tipo de medicação?

		Medicação								
		Hipertensão	Coluna	Nervos	Estômago	Audição	Ácido úrico	Próstata	Para dormir	Diabetes
Válido	Sim	19	1	3	4	2	1	6	1	6
	Não	18	36	34	33	35	30	31	36	31
	Total	37	37	37	37	37	37	37	37	37

		Medicação							
		Problemas de coração	Circulação	Sistema imunitário	Vitaminas	Alzheimer	Pingos para os olhos	Cartilagem	Ansiedade
Válido	Sim	3	1	1	1	1	1	1	1
	Não	34	36	36	36	36	36	36	36
	Total	37	37	37	37	37	37	37	37

		Medicação								
		Tiróide	Ga stri te	Bomba de oxigénio	Calm antes	Aspirin as para o sangue	Anti- depressiv os	Coleste rol	Parkiso n	Problemas oncológico s
Válido	Sim	2	1	3	1	1	1	6	1	2
	Não	35	36	34	36	36	36	31	36	35
	Total	37	37	37	37	37	37	37	37	37

Tabela 27 – Com que frequência considera que a sua idade o impede de fazer coisas que gostaria de fazer?

Com que frequência considera que a sua idade o impede de fazer coisas que gostaria de fazer?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sempre	2	4,0
	Muitas vezes	9	18,0
	Às vezes	7	14,0
	Raramente	7	14,0
	Nunca	25	50,0
	Total	50	100,0

Tabela 28 – Transporte que usa habitualmente

Qual o tipo de transporte que usa habitualmente?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Carro próprio	19	38,0
	Viaturas de familiares	6	12,0
	Mota	2	4,0
	A pé	8	16,0
	Transportes públicos	15	30,0
	Total	50	100,0

Tabela 29 – Género e Transporte que usa habitualmente

Tabela 42 - Género e Qual o tipo de transporte que usa habitualmente?								
			Qual o tipo de transporte que usa habitualmente?					Total
			Carro próprio	Viaturas de familiares	Mota	A pé	Transport es públicos	
Gén ero	Femini no	Contagem	6	6	0	3	10	25
		% em Género	24,0%	24,0%	0,0%	12,0 %	<b>40,0%</b>	100,0 %
		% do Total	12,0%	12,0%	0,0%	6,0%	20,0%	50,0 %
	Masculi no	Contagem	13	0	2	5	5	25
		% em Género	<b>52,0%</b>	0,0%	8,0%	20,0 %	20,0%	100,0 %
		% do Total	26,0%	0,0%	4,0%	10,0 %	10,0%	50,0 %
Total	Contagem	19	6	2	8	15	50	
	% do Total	38,0%	12,0%	4,0%	16,0 %	30,0%	100,0 %	

Tabela 30 – Com que frequência utiliza transportes públicos?

Em caso de utilizar transportes público, com que frequência é que os utiliza?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sempre	2	4,0
	Muitas vezes	4	8,0
	Às vezes	9	18,0
	Total	15	30,0
Omisso	999	35	70,0
Total		50	100,0

Tabela 31 – A rede de transporte existente corresponde às suas necessidades diárias?

A rede de transporte existente corresponde às suas necessidades diárias?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	9	18,0
	Não	6	12,0
	Total	15	30,0

Omisso	999	35	70,0
Total		50	100,0

Tabela 32 – Idade e “A rede de transporte existente corresponde às suas necessidades diárias?”

Tabela 32 – Classes de idade e “A rede de transporte existente corresponde às suas necessidades diárias?”				
		A rede de transporte existente corresponde às suas necessidades diárias?		Total
		Sim	Não	
Classes	65-74	Contagem	3	1
		% em Classes	75,0%	25,0%
		% do Total	20,0%	6,7%
	75-84	Contagem	3	5
		% em Classes	37,5%	62,5%
		% do Total	20,0%	33,3%
	85+	Contagem	3	0
		% em Classes	100,0%	0,0%
		% do Total	20,0%	0,0%
Total	Contagem		9	6
	% do Total		60,0%	40,0%

Tabela 33 – Segurança da comunidade onde vive

Em relação à segurança de onde vive está?			
		Frequência	Percentagem
Válid o	Completamente satisfeito	3	6,0
	Muito satisfeito	6	12,0
	Satisfeito	39	78,0
	Insatisfeito	2	4,0
	Total	50	100,0

Tabela 34 – Considera que a sua comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu dia-a-dia?

Considera que a sua comunidade dispõe dos recursos necessários para o seu dia-a-dia?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	46	92,0
	Não	4	8,0
	Total	50	100,0

Tabela 35 – Que recurso considera que lhe falta?

Que recurso considera que lhe falta?			
		Frequência	Percentagem
Válido	999	43	86,0
	Distancia do centro da cidade	3	6,0
	Enfermaria	1	2,0
	Lares e lugares de convívio	1	2,0
	Talho	1	2,0
	Tudo, porque vive no campo	1	2,0
	Total	50	100,0

Tabela 36 – Como classifica a relação que mantém com os seus vizinhos?

Como classifica a relação que mantém com os seus vizinhos?			
		Frequência	Percentagem
Válido	Excelente	4	8,0
	Muito boa	3	6,0
	Boa	34	68,0
	Razoável	8	16,0
	Má	1	2,0
	Total	50	100,0

#### IV – Gráficos de caracterização da amostra

Gráfico 1 – Alterações na habitação

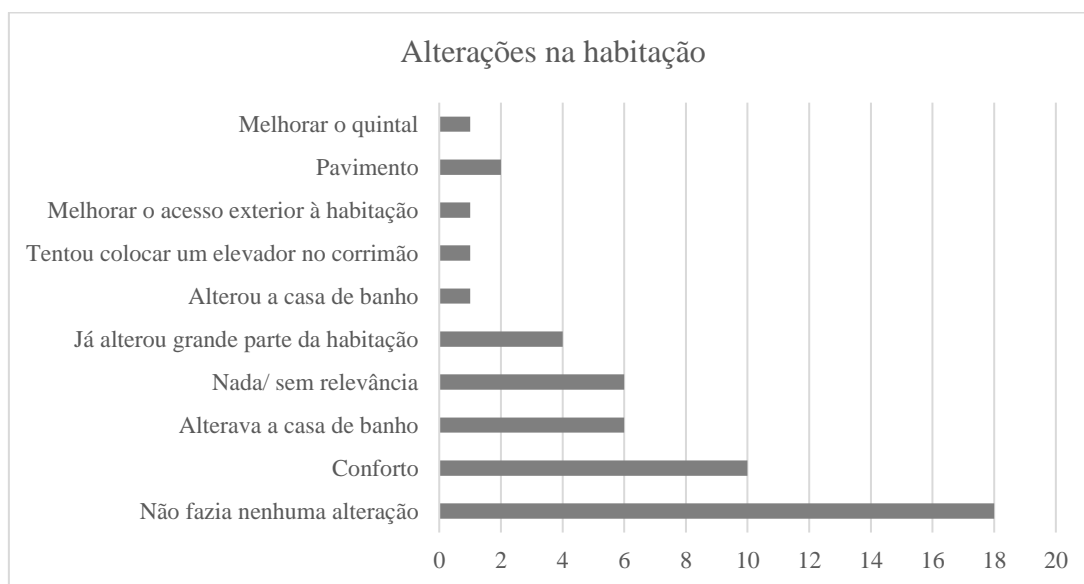


Gráfico 2 – O que o levaria a sair da sua habitação?

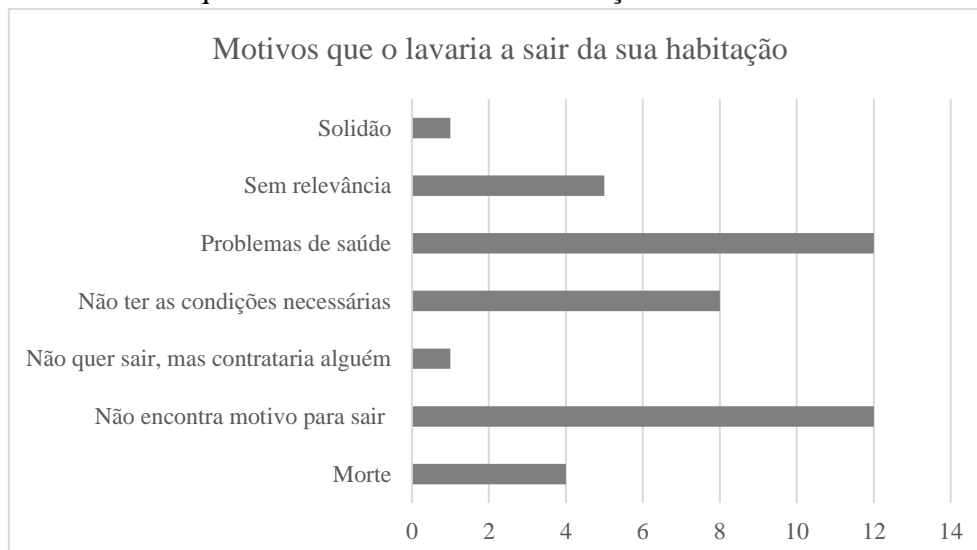


Gráfico 3 – Opções a tomar

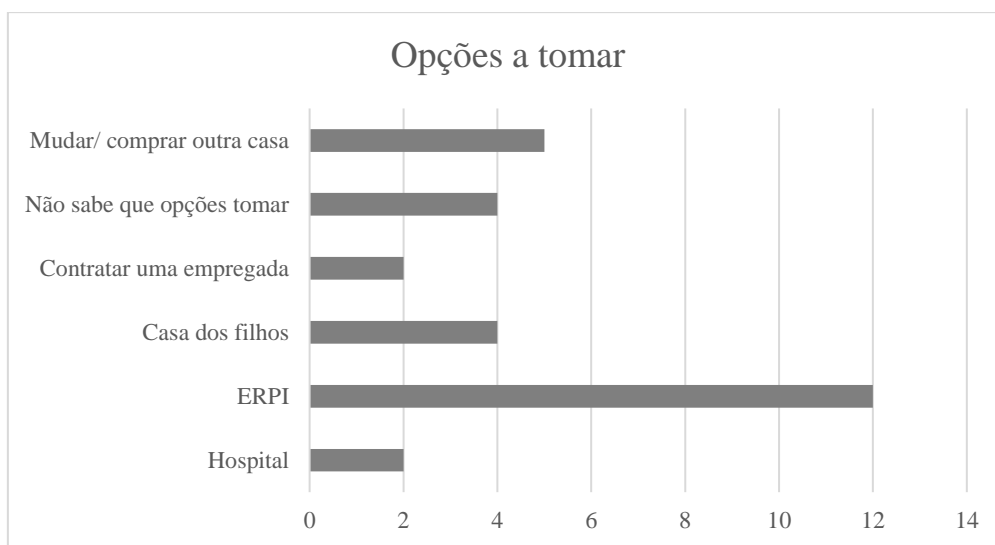


Gráfico 4 – Estratégias para permanecer na própria habitação

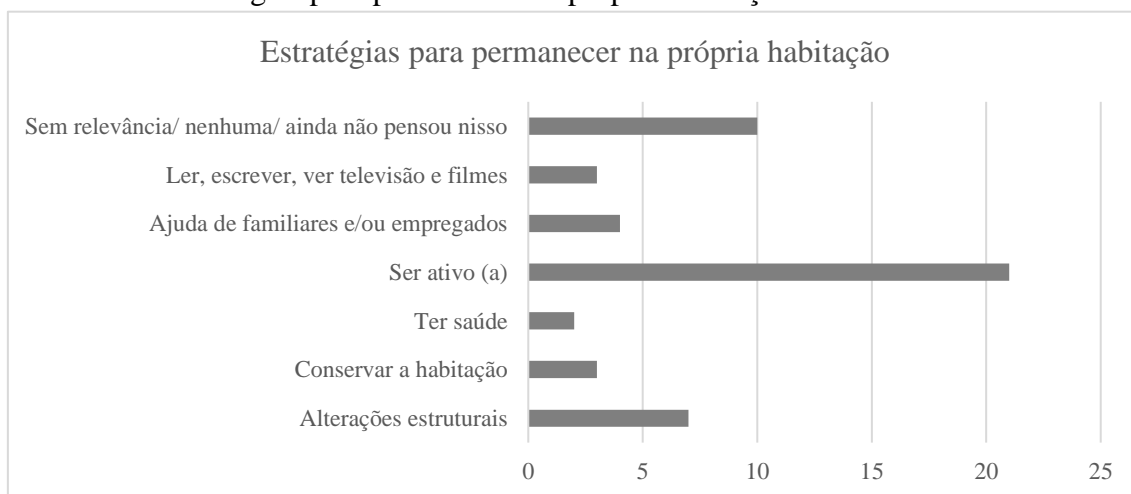




Gráfico 5 – Alterações na rede de transportes

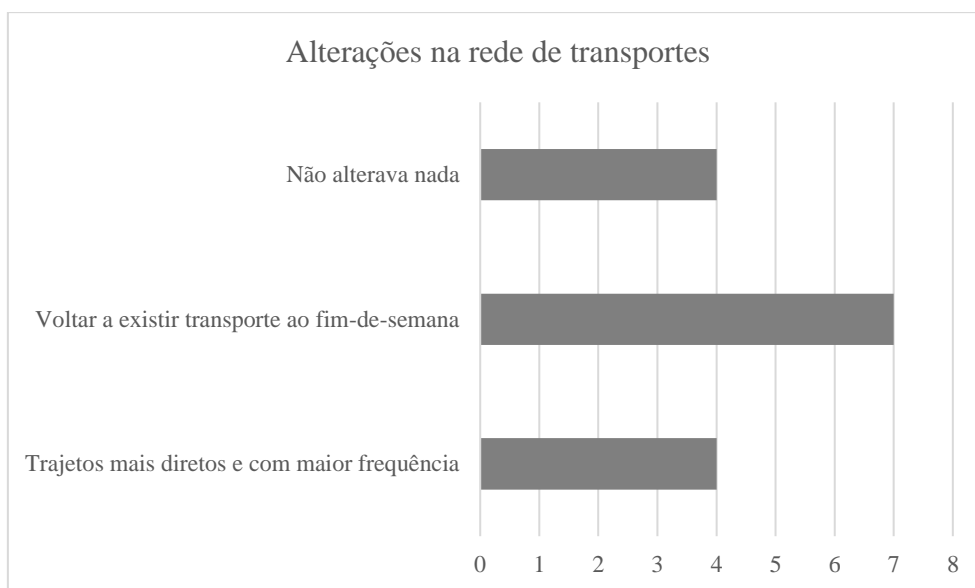
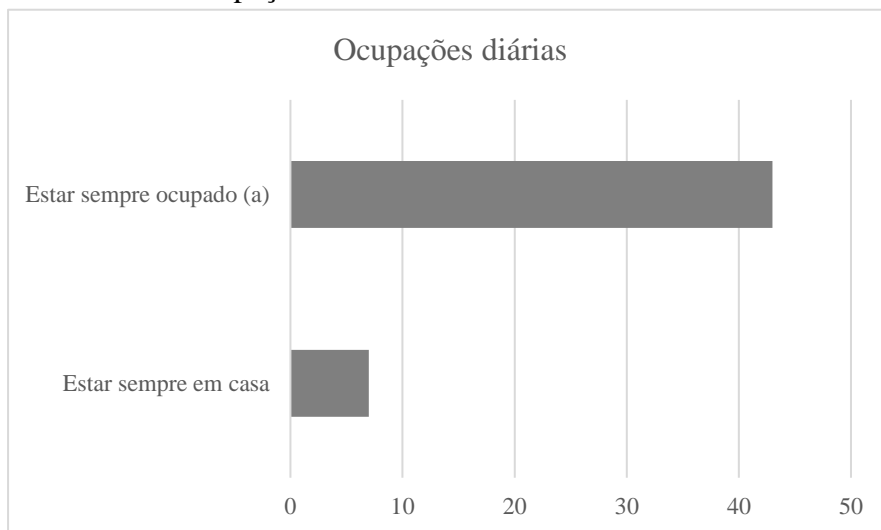
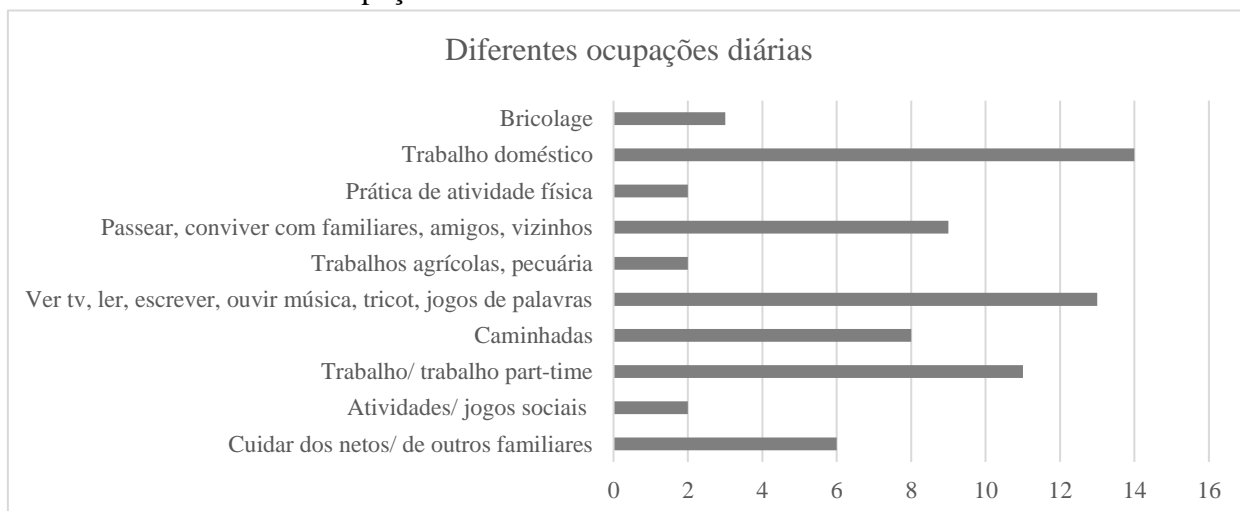


Gráfico 6 – Ocupações diárias



## Gráficos 7 – Diferentes ocupações diárias



**[WWW.ISCSP.ULISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.ULISBOA.PT)**